



Fuente: ONEMI



Fuente: ONEMI

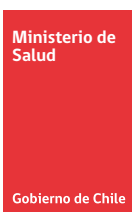


Fuente: Javier Torres Lantadilla, UNICEF



Fuente: Javier Torres Lantadilla, UNICEF

MODELO DE PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES



Ministerio de Salud (MINSAL), Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI), Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGI-DEN), & Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA). (2019).

Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres, Santiago de Chile.

Primera edición, revisada en febrero, 2019.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	7
PRIMERA PARTE: ANTECEDENTES GENERALES	9
Antecedentes Contextuales	10
Desastres y Catástrofes en Chile	10
Impacto de los Desastres en la Salud Mental	13
Consecuencias clínicas de los eventos	15
Experiencias de acciones de Salud Mental en Emergencias y Desastres en Chile	17
Marco Institucional	23
Sistema de Protección Civil Chileno	23
Sistema de Salud Chileno	25
Modelos de Atención	26
Red Temática de Salud Mental	26
Marco Teórico - Conceptual	28
Protección Civil y Gestión del Riesgo de Desastres	28
Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres	30
Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres: Fase Preventiva	32
Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres: Fase Respuesta	34
Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres: Fase Recuperación	38
SEGUNDA PARTE: MODELO DE PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA GRD	41
Principios	42
Enfoques	44
Propósito	45
Objetivos	45
Descripción General del Modelo	45
Ejes Estratégicos	46
Coordinación del SNPC en salud mental en gestión de riesgo	48
Gestión de la información	48
Comunicación social en la gestión del riesgo de desastres	48
Fortalecimiento comunitario	49
Educación para la protección de la salud mental en la GRD	49
Trabajo focalizado con grupos específicos	50
Protección de la salud mental de las personas que participan en la gestión del riesgo	50
Lineamientos técnicos para la intervención	50

Temporalidad	51
Prevención	51
Respuesta	52
Recuperación	52
Responsables de la ejecución	53
Coordinadores SNPC	53
Autoridad	53
Servicios y/u organismos científico técnicos	53
Organizaciones vinculadas al desarrollo del conocimiento	53
Organismos de respuesta	53
Comunidad organizada	54
Medios de comunicación	54
Población Objetivo	54
Los directamente involucrados	54
Los familiares de los directamente involucrados	55
Quienes van a prestar ayuda o intervienen en el evento	55
La comunidad afectada	55
Quienes conocen del evento por los medios de comunicación	55
Quienes debiendo haber estado involucrados, no lo estuvieron	55
Acciones recomendadas para la interacción de los Ejes Estratégicos y Temporalidad	56
REFERENCIAS	60
ANEXO 1: ACCIONES SUGERIDAS PARA CADA EJE ESTRATÉGICOS POR TEMPORALIDAD	71
1. Coordinación del SNPC para la protección de la salud mental en la GRD	71
2. Gestión de la información en la GRD	72
3. Comunicación social en la GRD	73
4. Fortalecimiento Comunitario	74
5. Educación para la protección de la Salud Mental en la GRD	76
6. Trabajo Focalizado con Grupos Específicos	78
7. Protección de la salud mental de las personas que colaboran en la gestión del riesgo	79
8. Lineamientos técnicos para la intervención	80
ANEXO 2: CLASIFICACIÓN GRUPOS ESPECÍFICOS DE LOS POTENCIALMENTE AFECTADOS	81
GLOSARIOS	83

PRESENTACIÓN

A lo largo de su historia, Chile ha estado expuesto a numerosas y distintas amenazas tales como sismos, erupciones volcánicas, tsunamis, sistemas frontales, sequías, entre otros. A ello se suman las amenazas originadas por la acción humana como incendios, accidentes industriales y similares. Agravando este panorama, han surgido en las últimas décadas los fenómenos asociados al Cambio Climático produciendo lluvias más intensas, períodos de sequía, olas de calor o frío más frecuentes. Todas estas amenazas, interactuando con diversas vulnerabilidades presentes en los territorios, han ocasionado importantes emergencias y desastres. Incluso, han ocurrido de manera simultánea, tales como los eventos del 2015, año en el que se sucedieron sismos de mediana y mayor intensidad, tsunami, erupciones volcánicas, aluviones y sistemas frontales, los que generaron pérdidas de vidas humanas y un gran impacto psicosocial y económico de mediano y largo plazo.

La vivencia de un desastre genera cambios abruptos en diferentes ámbitos de la vida de las personas y comunidades, visibiliza problemas sociales y agrava la desigualdad, generando angustia y miedo frente a escenarios desconocidos. Particularmente para los grupos más vulnerables, si su situación no es reconocida y abordada de manera oportuna y adecuada, aumenta la probabilidad de que surjan problemas graves de salud mental y de larga data. Como lo ha descrito la Organización Mundial de la Salud (OMS), la respuesta en el campo de la Salud Mental no sólo implica atender las consecuencias emocionales directas de un evento, sino también, otros efectos indirectos en la dinámica interpersonal y social, así como en el entorno de las personas afectadas, en la medida en que se produce un deterioro del tejido social y una desestructuración de la vida familiar.

En este contexto y ante un sostenido aumento de las emergencias y desastres, Chile tiene la necesidad de incorporar de manera permanente un enfoque para la protección de la salud mental en la Gestión del Riesgo de Desastres (GRD). Así, los esfuerzos de múltiples actores del Estado y de la sociedad civil deben apuntar a una transversalización de este componente, especialmente enfocados en disminuir las vulnerabilidades, así como fortalecer y mejorar continuamente las capacidades institucionales y comunitarias.

Como una forma de responder a esta necesidad y a partir del terremoto ocurrido el 27 de febrero de 2010 en Chile, surge una línea de cooperación con Japón que incluía temáticas relacionadas con salud mental. Esta colaboración inicial permitió el desarrollo de un proyecto que a cuatro años plazo (2014-2018), tuvo por propósito generar un Modelo de Protección de la Salud Mental en la GRD para Chile.

Este primer Modelo Chileno de Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres espera constituirse en un hito que facilite que las acciones en dicho ámbito transiten desde actuaciones eminentemente reactivas hacia la Gestión Integral del Riesgo, ofreciendo un lenguaje común y una lógica de coordinación en el contexto del Sistema Nacional de Protección Civil. Aspirando a que todos sus integrantes, incluyendo a las agencias del Estado, los organismos científicos, técnicos y la comunidad organizada, integren a su misión e identidad, una cultura de prevención y preparación que apunte hacia el desarrollo de la resiliencia y protección de la salud mental de las personas y comunidades, considerando las particularidades de su territorio y contexto sociocultural.

Este documento recoge elementos y buenas prácticas para la protección de la Salud Mental desde la perspectiva del Kokoronokea, o “cuidado del corazón”, desarrollada en Japón; además de la evidencia de la literatura científica actualizada, las orientaciones y recomendaciones de los organismos internacionales y fundamentalmente aprendizajes recogidos a partir de las diferentes emergencias que ha debido enfrentar nuestro país.

Su construcción se basó en un trabajo colaborativo de diferentes sectores del Estado, junto al apoyo del Gobierno de Japón, a través de su Agencia de Cooperación Internacional (JICA), siendo diseñado como un marco referencial bajo una lógica de mejora continua, que apunta a la posterior generación de materiales, manuales, instructivos y recomendaciones que respondan a un mismo criterio conceptual: lograr un abordaje integral de la salud mental en el contexto de la Gestión del Riesgo de Desastres, específicamente bajo el marco institucional proporcionado por el Plan Nacional de Protección Civil (PNPC), la Política Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres y el Plan Estratégico Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres 2015-2018 del Ministerio del Interior.

INTRODUCCIÓN

El presente documento corresponde al texto matriz del “Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres” desarrollado bajo el proyecto “Adapting of Kokoronokea to Mental Health Care Model of Emergencies and Disasters” (2014–2018), trabajado conjuntamente por el Ministerio de Salud (MINSAL), la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI) y el Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGIDEN), con la cooperación técnica de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA) y el Instituto de Hyogo para el Estrés Traumático (HITS) de Japón.

Este modelo es producto de un esfuerzo coordinado junto a varias instituciones del Estado, todas integrantes del SNPC chileno. A lo largo de su construcción y desarrollo Chile se vio afectado por una cadena de emergencias, desastres y catástrofes (incendios forestales, aluviones y otros) que fueron determinando la inclusión y ajuste de varias temáticas que ahora se presentan, acción que muestra la flexibilidad que deben tener los planes y programas relacionados con el trabajo en emergencias y desastres.

Se espera que el modelo pueda ser utilizado como referencia para todo el ciclo de manejo del riesgo, así como para eventos de menor envergadura o emergencias, las que pueden llegar a ser incluso más impactantes que grandes desastres. La aplicación de este modelo ante emergencias, incluye además patrones de preparación permanente, por cuanto permite que se trate de un modelo dinámico, en permanente actualización y mejora, que logrará –ante la ocurrencia de un desastre– continuar con las acciones que se proyectan desde las etapas de prevención, mitigación y planificación.

El modelo desarrollado y presentado en este texto incluye dos apartados generales, cada uno de ellos en diferentes secciones:

La primera sección del primer apartado corresponde a antecedentes contextuales en relación a la ocurrencia de emergencias y desastres en el mundo y en Chile, descripción general que estos eventos tienen sobre la salud mental de las personas y las comunidades y una descripción de lo que históricamente se ha hecho en nuestro país, desde la perspectiva de la salud mental de personas y comunidades afectadas, para la prevención, respuesta y recuperación.

En la segunda sección del primer apartado se describen los marcos de operación institucional de MINSAL y ONEMI, instituciones del Estado que son responsables de dirigir, coordinar y accionar medidas de protección de la salud mental en prevención, respuesta y recuperación, incluyendo e iniciando desde los respectivos niveles locales. Es por ello que –y para su comprensión– se describe la normativa y funcionamiento del Sistema Nacional de Protección Civil Chileno (SNPC), así como la organización, estructura y operación del sistema de salud Chileno.

La tercera sección del primer apartado describe los marcos teóricos en los cuales se centra y desarrolla el modelo, incluyendo una revisión de conceptos de la gestión de riesgo de desastres, de la relación de la salud mental y la GRD incluyendo sus etapas de prevención, respuesta, recuperación y se concluye con la presentación de las bases conceptuales y evidencia informada para la protección de la Salud Mental para cada etapa del ciclo de manejo del riesgo.

El segundo apartado del presente texto desarrolla en sí mismo el modelo, entendido como una estructura que propone una forma de proceder o actuar para los integrantes del SNPC en todos los niveles (local, regional y nacional) y etapas del ciclo de manejo del riesgo (prevención, respuesta y recuperación). En este apartado, se aborda **ocho ejes estratégicos**, los cuales proponen un ordena-

miento en distintas áreas de gestión para la protección de la salud mental en la GRD. A su vez, se incluyen consideraciones según temporalidad (fases y etapas del ciclo de manejo del riesgo), define y orienta a los responsables de la ejecución de las acciones y hacia quienes se encuentran dirigidas las acciones (público objetivo).

Finalmente, se incluyen las Referencias Bibliográficas y una sección de Anexos, que describe acciones y ejemplos concretos a realizar por cada uno de los **ocho ejes estratégicos**, divididos en tareas para la prevención, respuesta y recuperación de emergencias y desastres.

Esperamos que el presente modelo sea de utilidad para la gestión que realizan los diversos actores que componen el Sistema Nacional de Protección Civil, de manera que también se constituya en una invitación a revisar la propia labor y transversalizar este importante componente en nuestra gestión, ya que considerando la realidad de amenazas presentes en nuestro país y las recurrentes emergencias y desastres a las cuales nos vemos afectados, resulta sumamente relevante que generemos las acciones oportunas para la protección de la salud mental en todas las fases de la Gestión del Riesgo de Desastres.



PRIMERA PARTE: **ANTECEDENTES GENERALES**

Antecedentes Contextuales

Los desastres y catástrofes siguen ocurriendo en forma importante en el mundo, las estadísticas del Centre for Research on the Epidemiology of Disasters CRED (1) señalan que aun cuando durante el año 2013 hubo una disminución de estos eventos, la tendencia de los últimos 16 años es ascendente. Dentro de las principales causas se encuentran, los terremotos, tsunamis, temperaturas extremas y eventos hidrometeorológicos (2).

Los desastres afectan anualmente a millones de personas en todo el mundo, sin embargo, el número de afectados está estrechamente relacionado con una serie de factores tales como naturaleza del fenómeno, población circundante, capacidades de las comunidades para enfrentarlos, entre otros. Esto explica que a pesar de registrar un aumento del número de desastres, ha disminuido la cantidad de fallecidos por estos eventos; es así que entre los años 2005 y 2014 se registró un promedio anual de 76,424 mientras que en el 2015 este se redujo a 22,765 (1).

Este mismo fenómeno se observa en la Región de las Américas con una reducción de un 33% en la cantidad de víctimas afectadas por los desastres de origen natural, en el promedio anual establecido durante el período 2005-2014; esto en contraste con la mayor ocurrencia de eventos meteorológicos e hidrológicos, específicamente, las sequías ocurridas en Guatemala (1,3 millones de personas) y en Haití (1 millón de personas), y las inundaciones producidas en Brasil, Guyana, Chile, Bolivia, Perú y Paraguay fueron las que cobraron más de 100.000 víctimas, alcanzando el 84,4% de todas las víctimas afectadas por desastres de tipo hidrológico (2).

Sin embargo, cabe destacar que, a pesar de esta disminución, durante el año 2015 se observó un aumento de un 63% en la cantidad de víctimas producidas por terremotos, situando a este tipo de desastre geofísico como un evento de alto impacto en la Región de las Américas (2).

Desastres y Catástrofes en Chile

Chile, al igual que otros países, está permanentemente expuesto a diversas amenazas de origen natural y antrópico (producto de la acción o intervención humana), que sumadas a sus vulnerabilidades, han generado innumerables emergencias y desastres.

Dentro de las amenazas más relevantes de origen natural están aquellas asociadas a condiciones meteorológicas como sistemas frontales, núcleos fríos en altura, sistemas convectivos altiplánicos, entre otras; además de las geológicas, como sismos, tsunamis y erupciones volcánicas.

Mientras que dentro de las amenazas originadas por el ser humano se encuentran accidentes, incendios, entre otras.

En los últimos años, se ha registrado una serie de sistemas frontales, entre ellos podemos destacar el del año 1982 que afectó la zona comprendida entre las regiones de Coquimbo y el Maule, generando el desborde del río Mapocho en la Región Metropolitana. También el del año 1987, entre las regiones de Atacama y Maule, que segmentó longitudinal y transversalmente al país por cortes de puentes y caminos.

Además, en los últimos 12 años se destaca el fenómeno del núcleo frío en altura, que afectó con intensas precipitaciones a la Región Metropolitana durante el año 2005 y a las regiones de Arica y Parinacota y Atacama en el año 2011. Así también se destaca, el sistema frontal del año 2015 que afectó desde la Región de Tarapacá hasta la Región de Los Ríos, provocando inundaciones, cortes de suministro eléctrico y rutas, entre otros.

Asociados a estos fenómenos meteorológicos se han reportado también intensas nevadas, como la ocurrida durante el año 1995 entre las regiones de Magallanes y Maule; el desborde del río Las Minas en Punta Arenas ocurrido en el año 2011 y aluviones como los del año 1991 en Antofagasta, 1993 en la Región Metropolitana y recientemente en el año 2015, en las regiones de Antofagasta y Atacama.

En relación a las amenazas geológicas, los sismos y tsunamis destacan por su presencia constante. Es el caso del terremoto de Chillán del año 1939, que registra la mayor mortalidad en el país; el del año 1960 en Valdivia, reconocido como el mayor sismo del que se tenga registro a nivel mundial, que originó también un tsunami que afectó las costas de Chile y de otros países de la costa del Pacífico. Así también se registran otros sismos y tsunamis de gran impacto en relación a las pérdidas humanas y materiales generadas, como el de Aysén en el año 2007, que generó un tsunami en el fiordo de dicho sector por desprendimiento de una ladera de cerro; el del 27 de febrero del año 2010, que impactó a gran parte del país y más recientemente el de Illapel, en el año 2015.

También se destacan las erupciones volcánicas, como la del Lonquimay (Región de La Araucanía) en el año 1988, Hudson (Región de Aysén) en el año 1991, Chaitén (Región de Los Lagos) en el año 2008, Complejo Volcánico Cordón Caulle (Región de Los Ríos) en el año 2011 y Calbuco (Región de los Lagos) en el año 2015. A raíz de estas erupciones volcánicas, se han generado evacuaciones masivas de la población, pérdida en los medios de vida (infraestructura, vivienda, fuentes laborales) y alteración del ecosistema, situación que aún se puede observar en algunos sectores.

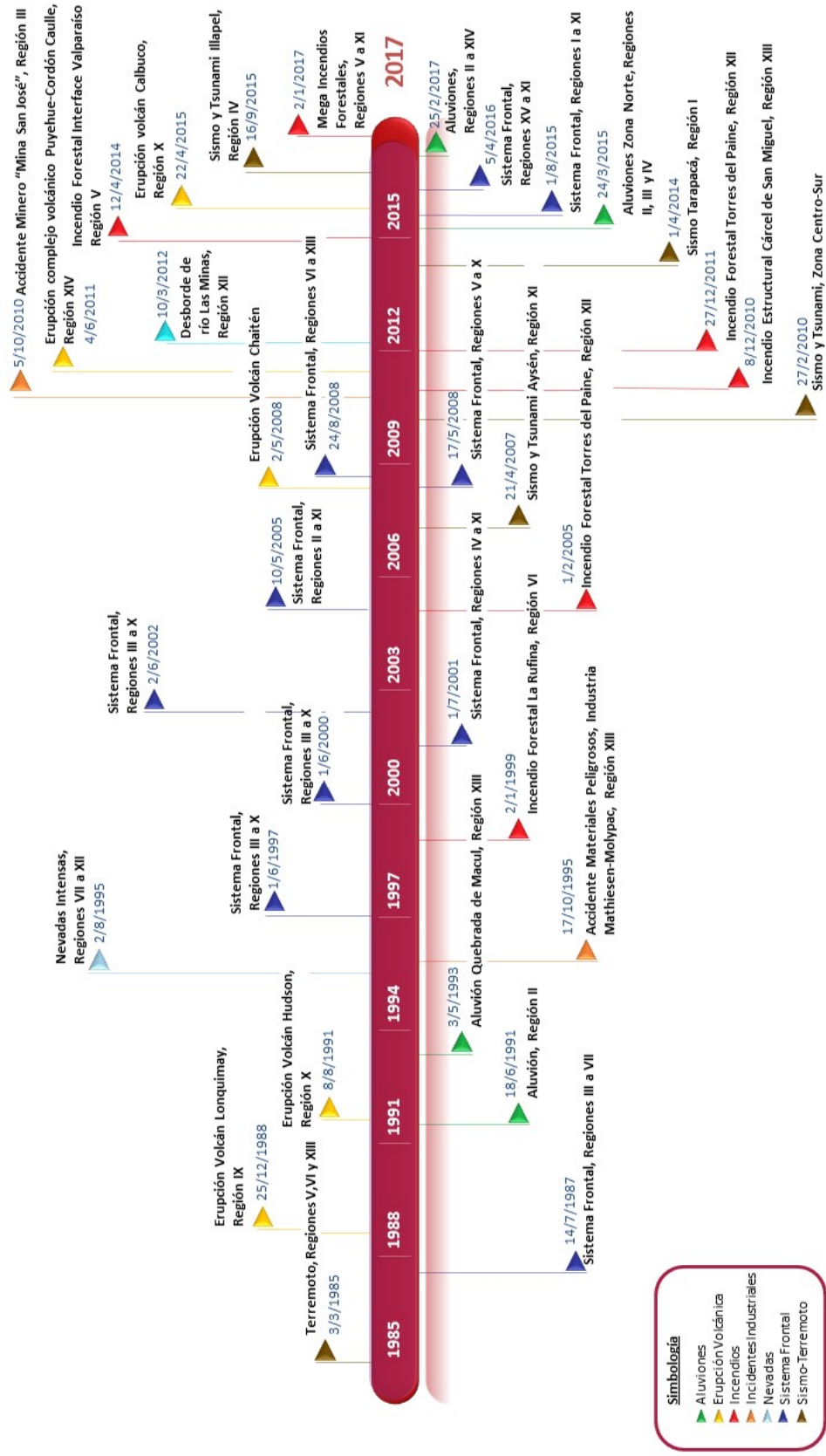
Por otra parte, dentro de las emergencias provocadas mayormente por la acción humana, destacan incendios, accidentes de tránsito y accidentes con materiales peligrosos. Dentro de los incendios, destacan los forestales, que impactan anualmente miles de hectáreas de vegetación, afectando la flora y fauna de diversas partes del país. En esta categoría se considera, por ejemplo, a los incendios que afectaron el Parque Nacional Torres del Paine en el año 2005 y en el año 2011, destruyendo más de 15.000 hectáreas en cada oportunidad, a los incendios de interfaz (zona rural y urbana) ocurridos en Valparaíso en el 2014, que destruyeron más de 2.900 viviendas, cobrando la vida de 15 personas y dejando más de 15.000 damnificados; y los incendios forestales de enero y febrero de 2017, cuya simultaneidad de focos generó la destrucción de localidades enteras con pérdidas de vidas humanas, aparte del gran daño al patrimonio forestal y de biodiversidad hasta ahora conocido. En ese período se registraron 759 incendios forestales que dejaron 11 personas fallecidas, 7.134 damnificados y la pérdida de 520.000 hectáreas (fuente ONEMI).

En el ámbito de los incendios estructurales, es necesario nombrar el de la cárcel de San Miguel, en la Región Metropolitana en el año 2010, en el que fallecieron 81 personas.

Por último, dentro de los denominados accidentes con materiales peligrosos, destaca el incendio de la industria Mathiesen-Molypac en la Región Metropolitana en el año 1995, que cobró la vida de una persona y generó la evacuación de otro centenar. Así también el derrumbe ocurrido en la mina San José en la Región de Antofagasta el año 2010, donde quedaron atrapados por más de 60 días 33 mineros.

Todos estos eventos, son sólo ejemplos de diversas amenazas que al interactuar con las características demográficas, políticas, económicas y sociales, han generado emergencias y desastres a lo largo de nuestro territorio, con innumerables pérdidas humanas, daños a los bienes y al medio ambiente, afectando también los medios de vida e impactando directamente en la calidad de vida de las comunidades (fuente ONEMI).

GRÁFICO 1. EMERGENCIAS Y DESASTRES EN CHILE EN LOS ÚLTIMOS 32 AÑOS



Fuente: Elaborado por Proyecto Kokoronokea.

Impacto de los Desastres en la Salud Mental

Las situaciones de emergencia y desastres pueden impactar diferentes ámbitos de la vida de las personas, deterioran los apoyos que disponen, acrecientan la posibilidad de que emerjan diferentes tipos de problemas sociales y agravan los problemas de desigualdad e injusticia social ya existentes (6); sin embargo, la severidad de sus efectos variará de acuerdo al nivel de preparación previo, las características del territorio, el tipo de desastre (amenaza), la respuesta brindada, el grado de vulnerabilidad y las capacidades individuales, comunitarias y de los sistemas institucionales para brindar respuesta y acompañamiento.

A su vez, la exposición a un evento potencialmente traumático, como son las emergencias o los desastres, se asocia a una vivencia de estrés. Entendido éste como un proceso y no como un mecanismo de estímulo respuesta, involucra procesos cognitivos de estrés, evaluación y afrontamiento.

Desde esta perspectiva, *"El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar"* (Lazarus y Folkman, 1986, Pág.43), *"la evaluación cognitiva como aquel proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo"* (Lazarus y Folkman, 1986, Pág. 56) y *"el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo"* (Lazarus y Folkman, 1986, Pág. 142). Por tanto estos procesos están determinados por la interacción de factores de la situación, las evaluaciones individuales de la situación y las estrategias de afrontamiento. De acuerdo con este concepto, no existe un patrón particular de relaciones entre estos factores, por el contrario, dependen del contexto (por ejemplo, capacidad de control del estrés), el tiempo (corto en comparación con la adaptación a largo plazo), y las características individuales (por ejemplo, estilos de procesamiento de la información y procesos de afrontamiento basados en el significado) (3).

Ahora bien, se debe mencionar que los desastres comparten tres características claves de los eventos potencialmente traumáticos a gran escala: 1) **amenazan la integridad y la vida de un gran número de personas** (4); 2) **afectan los procesos sociales** causando la interrupción de los servicios, las redes de apoyo y la pérdida de recursos comunitarios, entre otros (5); 3) **involucran consecuencias secundarias** en la salud mental y física entre los afectados (4). Sin embargo, la mayoría de los individuos afrontará bien un evento potencialmente traumático (6) y tenderá a una recuperación natural y espontánea tras el evento (7). Un grupo importante generará un conjunto de respuestas esperables que no necesariamente constituyen una patología, como por ejemplo, signos y síntomas de ansiedad, estrés, quejas somáticas, pesadillas y estados de ánimo depresivo (8). Una proporción menor podrían desarrollar algunos problemas relacionados con la salud mental como trastorno de estrés agudo, consumo problemático de alcohol y drogas, deterioro funcional, depresión y trastorno de estrés post traumático (TEPT) (9,10).

Desde la conceptualización del Kokoronokea se distinguen tres posibles tipos de estrés o reacciones que sufren quienes viven un evento potencialmente traumático: **Estrés del Trauma, Estrés de Pérdida y Estrés de la Vida Cotidiana** (11).

Cuando nos referimos al **Estrés de trauma**, se reconoce que los eventos traumáticos en la mayoría de las ocasiones son inesperados, incontrolables y golpean de manera intensa la sensación de seguridad y auto-confianza. Ello provoca intensas reacciones de vulnerabilidad y temor hacia el entorno. Desde esta conceptualización, se describe que en casos de emergencias y desastres, la primera sensación que podría tener una persona, correspondería a sentir miedo frente a lo desconocido, miedo

a morir, temor por la afectación de sus seres queridos; pero enfatiza a su vez que ese sentimiento, es una respuesta normal y adaptativa que se produce al enfrentarse a un fenómeno que escapa de los límites establecidos y se reconoce a través de una serie de cambios fisiológicos, relacionados con el sistema nervioso autónomo y endocrino.

La experiencia desde Japón, indica que si bien esta reacción no puede ser eliminada totalmente, si puede ser modulada a través de acciones de preparación que apunten a fomentar la sensación de seguridad y de control ante un escenario desconocido e incierto. Ejemplos de acciones de preparación son educación acerca de los riesgos presentes en el territorio, realización de simulaciones y/o simulacros, elaboración y ejercitación de planes de emergencia, entre otros.

Por su parte, el **Estrés de pérdida**, se asocia al impacto que genera sobre una persona o comunidad, una pérdida producto de la ocurrencia de una emergencia o desastre. La muerte de un ser querido es uno de los más intensos sentimientos que impactan al ser humano; del mismo modo, el deterioro de la salud, la falta de trabajo, de la vivienda, de los recuerdos como fotografías y otros, pueden producir distintos niveles de estrés. Durante el proceso de duelo, se experimentan distintos sentimientos en momentos diferentes; por ejemplo, negación, rabia, culpa, tristeza, entre otros. Estos sentimientos pueden alternarse entre sí. Es decir, cuando la persona comienza a aceptar lo sucedido y lo que ha perdido, puede volver a sentir tristeza o culpa.

Para facilitar el proceso de duelo se utilizan diversas estrategias que van desde el acompañamiento individual, la realización de rituales y ceremonias, construcción comunitaria de memoriales, entre otros. En todas ellas debe existir un apoyo, reconocimiento y fomento de las comunidades e iniciativas locales.

El **Estrés de la vida cotidiana**, se refiere a los desafíos que deben enfrentar los afectados por emergencias y desastres frente al cambio de sus condiciones de vida. Situaciones como la destrucción de la vivienda, daño significativo del establecimiento educacional, modificación de las redes de apoyo social, la reubicación en albergues o barrios de emergencia, el aumento de los tiempos de traslado, la falta o modificación en la continuidad de los servicios básicos, etc., producen un cambio de estilo de vida. La persona puede sentirse atemorizada, desesperanzada, frustrada, triste, etc., debido a que lo que tenía por normal y rutinario, cambió de forma drástica. Este cambio abrupto del estilo de vida, demanda un gran esfuerzo de adaptación, pudiendo generar tensiones en el ámbito relacional e intensificar los conflictos preexistentes con otros, provocando un gran desgaste del organismo a nivel físico y mental.

Aun cuando estos distintos tipos de estrés se describen de manera separada, se recomienda que su comprensión y abordaje sea integral, pues se expresan de manera dinámica y no necesariamente secuencial.

Otros antecedentes dan cuenta que las personas expuestas a un evento potencialmente traumático transitan por diferentes trayectorias, claramente independientes. Bonanno y otros autores (12) describen cuatro tipos: Resiliencia, Recuperación Gradual, Inicio Tardío, y Disfunción Crónica. El grupo de las personas **resilientes** son aquellas que presentando una afectación inicial, vuelven rápidamente a su funcionamiento anterior; así también lo logran, de forma gradual, el grupo de personas que se **recuperan**. Por otro lado, los de **inicio tardío**, son los diagnosticados después de 6 meses y que tienden a empeorar con el tiempo. Finalmente, en el grupo de **disfunción crónica**, están los que presentan niveles clínicos de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en múltiples evaluaciones (12,13). Asimismo, se ha observado las siguientes prevalencias en la población de estas cuatro trayectorias: *resilientes 35-65%, recuperan 15-25%, inicio tardío 0-15% y disfunción crónica 5-30%*.

En este contexto, se ha identificado una serie de factores que pueden contribuir a que las personas se recuperen rápidamente después del impacto de un evento potencialmente traumático.

Bonano (2011) identificó factores psicosociales tales como: elementos asociados al contexto previo a un evento, la edad y género de las personas, el nivel de preparación y exposición previa, recursos económicos, creencias de aceptación de muerte, justicia y normas compartidas culturalmente, recursos sociales (como soporte y red social) y algunas características de personalidad como auto-mejora (self-enhancement), optimismo, fortaleza (hardiness), auto eficacia del afrontamiento (copingself-efficacy) y percepción de control (14,15).

Sumado a lo anterior, estudios sobre los procesos colectivos que ocurren después de eventos potencialmente traumáticos, dan cuenta del aumento de la cohesión social y conductas prosociales después de emergencias y desastres (16,17). En este contexto, en general la literatura da cuenta de pocas respuestas de saqueo o violencia y serían de escasa ocurrencia (18-22). Un estudio en la ciudad de Concepción (Chile) tras el terremoto del 27 de febrero del año 2010, da cuenta de la relación entre las conductas de saqueo con la percepción de desigualdad, exacerbando condiciones de vulnerabilidad preexistentes en las comunidades. En este sentido y con base a lo planteado por Grandon (2014), la inequidad social en Chile tiene un costo, el que se ve reflejado mediante la invisibilización de esta inequidad social en las relaciones sociales cotidianas en tiempos de "paz" (tiempos donde no hay emergencias), la cual se ve expresada en una creciente individualización, pérdida de la organización y vínculos sociales, que surge con mayor intensidad cuando hay situaciones de emergencias y desastres (23). Desde esta perspectiva, se debería propiciar que las acciones de intervención que se ejecuten consideren un abordaje que permita la pronta reconstrucción del tejido social.

Consecuencias clínicas de los eventos

Una parte importante de las investigaciones relacionadas con los efectos de los eventos potencialmente traumáticos sobre las personas, se relaciona con el estudio del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y otros elementos del espectro traumático.

De acuerdo a ello, se han identificado un conjunto de factores pre-trauma, peri-trauma y post-trauma, que se asocian al desarrollo de TEPT o algún problema de salud mental en personas expuestas a un desastre (9). Entre los factores previos, los problemas de salud mental, el género femenino y la niñez, son factores de riesgo que determinan los problemas de salud mental una vez ocurrido el desastre. Tener problemas de salud mental previos, se asocia con TEPT, depresión, trastornos por uso de sustancias y una reducción en la probabilidad de presentar una respuesta resiliente (4,24-27). Con respecto al género, las mujeres tienen mayor riesgo de sufrir TEPT y depresión post desastres (4). Existen grupos de edades con mayor vulnerabilidad de desarrollar TEPT ante un terremoto, como los menores de 15 años y los mayores de 65 años (28), pudiendo ser influidos por el tipo de evento y el impacto del desastre (10).

Por otro lado, los factores asociados al grado de exposición al evento, describe a personas que pueden verse afectadas directamente en el lugar del desastre, o indirectamente, al tener seres queridos en el sitio del desastre, o ver imágenes del evento en los medios de comunicación (29).

Así también, se reconocen dos elementos posteriores a un desastre que son claves para predecir el desarrollo y el curso de las consecuencias psicológicas: **los factores de estrés posteriores al desastre y el apoyo social**. Por un lado, variables como la pérdida de empleo, los daños a la propiedad, el estrés en las relaciones de pareja, las condiciones físicas de salud relacionadas con el desastre,

el duelo por la pérdida de personas cercanas, la pérdida del trabajo, la vida en residencias temporales y el desplazamiento, podrían aumentar la vulnerabilidad hacia el desarrollo de sintomatología asociada a TEPT (29) y depresión (27). Por el otro, mientras más escaso sea recibido o percibido, o la reducción de éste, también estará asociado con aumento de síntomas psicológicos posteriores a los desastres (8) incluyendo TEPT (29).

La prevalencia de TEPT en la población general podría estar entre 3,7% y 60% durante los primeros dos años posteriores al evento potencialmente traumático, aunque la mayoría se encuentra en el rango de 3,7% a 27% (4,13,30). En poblaciones específicas, como aquellas con alguna patología mental previa, se produce un incremento de la prevalencia de trastornos mentales tras emergencias y desastres; en aquellos con trastornos mentales ligeros o moderados, aumenta de un 10% en condiciones normales a un 15-20% después del desastre, y en personas con trastornos mentales severos, tales como psicosis, depresión severa y trastornos de ansiedad incapacitantes, pasa de un 2-3% antes del evento a un 3-4% posterior a éste (31).

En Chile, con posterioridad al terremoto del 27 de Febrero del año 2010, la prevalencia general de trastornos de estrés postraumático registrada en el país fue calculada en el 11,1%, pero en las zonas cercanas al epicentro, se encontró una prevalencia en la población general de TEPT cercana al 23% (32,33). En el caso específico de población infantil, un estudio realizado en la región del Biobío (una de las más afectadas por el terremoto), reportó un 30,4% de prevalencia de TEPT en niñas y un 15% en niños (34). Asimismo, otro estudio reportó que ocho meses después del desastre, un 40,4% de la población infantil presentó síntomas de TEPT, manteniéndose la tendencia de mayor proporción en niñas (35).

En población infantil de nuestro país se ha observado que los niños y niñas que sobreviven a los desastres tendrían un mayor riesgo de desarrollar problemas de salud mental. Las prevalencias esperadas en las semanas, meses y años posteriores al desastre, son de un 17% de síntomas de ansiedad, 31% de depresión y 50-60% de síntomas de TEPT (34).

Finalmente, es importante mencionar que si bien la evidencia presentada da cuenta de una mayor disponibilidad de estudios centrados en TEPT y depresión, se deben a su vez considerar otras consecuencias asociadas al impacto de un evento potencialmente traumático mencionado anteriormente. Una atención selectiva que se preocupa solo de estas dos condiciones es inapropiada, porque ignora muchos otros problemas psicosociales que se presentan en emergencias, tales como: aumento de consumo de alcohol y drogas, violencia intrafamiliar y de género, entre otras, y tiende a no valorar apropiadamente los recursos y sistemas de apoyo familiar y comunitario (31). A este respecto, se evidencia la necesidad de contar con mayores investigaciones que logren tratar estos puntos adecuadamente, particularmente en el contexto Chileno.

Experiencias de acciones de Salud Mental en Emergencias y Desastres en Chile

La historia de los desastres y su respuesta muestra que la preocupación y el manejo por la salud mental frente a estos eventos no son recientes, sino que más bien dan cuenta de una amplia gama de experiencias de distintos sectores y naturaleza (9). No obstante, se reconoce el rol central que juega el sector salud, de hecho, su evolución y transformaciones han facilitado y sido claves en muchos países al momento de implementar estrategias basadas en la gestión de riesgo y no sólo en la respuesta y la disminución de éste: Chile no ha sido la excepción.

Estas transformaciones hacen referencia a la evolución desde enfoques biomédicos (centrados en la identificación de los síntomas, la medicación y el hospital), hacia el enfoque de tipo psicosocial (más preventivos, integrales y comunitarios) (31,36-38) y al cambio de paradigma de organización de los servicios de salud mental y psiquiatría realizados en muchos países en los últimos 30 años (39-41). Dentro de ellos destaca la sustitución progresiva de la atención en grandes hospitales psiquiátricos, hacia la creación de servicios de salud mental comunitarios y la integración de salud mental en los servicios de salud generales, particularmente en la Atención Primaria de Salud (APS) y hospitales generales (42-44).

Como se ha visto, Chile tiene una vasta historia de desastres, la preocupación y manejo de la salud mental ha ido de la mano de éstos. A lo largo de todos ellos se suman experiencias de trabajo y aportes en salud mental desde diferentes sectores e instituciones.

Uno de los eventos más importantes, sin duda, ha sido el gran terremoto y tsunami de Valdivia 1960. En él, por ejemplo, se propuso “[...] un plan de trabajo que podría representar transitoriamente un contenido, un objetivo de vida que levantara los aspectos psíquicos y sociales de la comunidad; mientras que el rol de los Servicios de Gobierno podría resumirse en dos puntos esenciales: satisfacción de las necesidades más urgentes y vitales de la población y obtención de una rápida vuelta a la normalidad [...]” (45).

Las acciones posteriores estuvieron asociadas a la ocurrencia de cada evento, sin embargo, un hito relevante en el desarrollo de una política pública concreta en este tema es el “Plan de Protección de la Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres”, componente del “Plan General de Atención Sanitaria en Emergencias y Desastres” del MINSAL (2008). Desde entonces, el sector Salud ha desarrollado objetivos multisectoriales, incorporándose el Ministerio de Educación y la Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI), junto con la colaboración de organizaciones internacionales (Organización Panamericana de la Salud-OPS/Organización Mundial de la Salud- OMS, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, en Inglés United Nations Children’s Fund -UNICEF, JICA, entre otros).

En este sentido, el marco de referencia de estas iniciativas está estrechamente relacionado con los conceptos y orientaciones de los siguientes documentos:

- Guía para los equipos de respuesta: Apoyo psicosocial en Emergencia y Desastres y Evaluación de daños y análisis de necesidades de salud (46).
- Guía Práctica de Salud Mental en situaciones de Desastres (36).
- Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias (47)
- Guía del Inter-Agency Standing Committee (IASC) sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes (38).

La respuesta al terremoto y tsunami ocurrido en Chile el 27 de febrero del año 2010 (27F), es otro hito en el desarrollo de la salud mental en emergencias y desastres en el país. El trabajo en la zona afectada no estuvo exento de déficits y carencias. Las acciones desarrolladas en los diferentes niveles de gestión se resumen en:

- Activación de Planes de Acción.
- Diagnóstico de la Red Asistencial de salud mental.
- Elaboración y distribución de instructivos y orientaciones para la protección de la salud mental.
- Acciones de apoyo psicológico para funcionarios.
- Coordinación con el intersector.
- Acción del voluntariado (con y sin capacitación en salud mental).

En la Tabla 1 se muestra un resumen de hitos, actividades e iniciativas desarrolladas para la protección de la salud mental en emergencias y desastres en Chile entre 1960 y primer semestre del año 2017, basados en la experiencia de organismos del estado como Ministerio de Salud (MINSAL), Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI), Ministerios u otros, y la sociedad civil (según el “Informe de Capacidades en Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres” (48) a los integrantes de la Plataforma Nacional para la Reducción del Riesgo y otras fuentes publicadas). Estos antecedentes dan muestra del proceso y consolidación de la preocupación en Chile por la salud mental en situaciones de emergencias y desastres, con miras al desarrollo de políticas públicas para protegerla en estas condiciones.



Fuente: UNICEF



Fuente: UNICEF



Fuente: Servicio de Salud Reloncaví

TABLA 1: CRONOLOGÍA DE LAS EXPERIENCIAS DE PROTECCIÓN DE SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES EN CHILE 1960 - 2017

Año	Actores ¹	Hito político ² Actividades y/o Iniciativas ³
1960	Escuela de Salubridad, Facultad de Medicina - Universidad de Chile Servicio Nacional de Salud Sociedad Chilena de Salubridad, Departamento de Salud Pública	Profesores y estudiantes de psiquiatría y salubristas participaron en el monitoreo epidemiológico de la población, realizando acciones de inmunización, educación sanitaria e higiene mental. VI Jornadas Chilenas de Salubridad "Observaciones y experiencias recogidas del terremoto del 21 mayo de 1960": sesión dedicada a salud mental.
1985	Sociedad civil Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (FASIC)	Jornadas de salud mental post-terremoto de 1985: se organizan grupos para compartir temores, miedos y angustias tras el sismo, así como buscar respuestas colectivas frente a la emergencia. Elaboración de material educativo de salud mental.
1990-2008	MINSAL Unidad y Departamento de Salud Mental	Apoyo técnico en la gestión de recursos para los Servicios de Salud correspondientes en caso de emergencia o desastre.
1991	MINSAL Servicio de Salud Antofagasta Colegio Médico de Santiago	Luego de los aluviones de Antofagasta, se despliega un programa de salud mental en emergencias, cuyo objetivo fue evaluar el estado emocional de los damnificados y ofrecer un programa de salud mental, incluyendo a pacientes hospitalizados.
1993	MINSAL Municipalidad de La Florida	Tras el aluvión de la quebrada de Macul, 4 días después del desastre se realizan actividades de salud mental con las personas alojadas en albergues. Apoyo individual y grupal para el manejo de la angustia y otras reacciones frente al desastre Asesoría a los encargados de albergues para la prevención de conflicto Apoyo a la organización de los albergados para prevenir mayores problemas.
2000	MINSAL	Creación del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría
2002	ONEMI	Creación del Plan Nacional de Protección Civil, Decreto N° 156
2004	ONEMI	Incorporación del módulo "Apoyo psicológico en situaciones de emergencia mayor o desastre", al presente dentro de los Programas de Formación.
	Sociedad civil	Fundación de la Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres (SOCHPED).
2005	MINSAL	Reforma del Sistema Público de Salud Chileno incorporación Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitaria
2006	ONEMI (coordinación)	Creación de la Comisión Técnica de Apoyo Psicológico en situaciones de emergencias y desastres, conformada por: ONEMI, Centro del Buen Trato, Colegio de Psicólogos, Cruz Roja Chilena y MINSAL.

¹ "Eventos importantes" que se produjeron en ese año, una manera de contextualizar las acciones de salud mental desarrolladas.

² Instituciones públicas o privadas que promovieron o desarrollaron un hito político, acciones o actividades para la protección de la salud mental en emergencias y desastres.
Cualquier acción, ley o norma que se constituye una política pública concreta para la protección de la salud mental en emergencias y desastres en forma directa o indirectamente (en negrita).

³ "Acciones/Actividad" concreta desarrollada para proteger la salud mental en emergencias y desastres frente a un evento específico.

TABLA 2: CRONOLOGÍA DE LAS EXPERIENCIAS DE PROTECCIÓN DE SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES EN CHILE 1960 – 2017. (CONTINUACIÓN)

Año	Actores ¹	Hito político ² Actividades y/o Iniciativas ³
2007	ONEMI	Creación de la Unidad Funcional de Intervención Psicosocial en ONEMI, frente al periodo de sismicidad de Aysén.
	JUNAEB: Programa habilidades para la Vida (HPV)	Recurrencia sísmica de Aysén y Terremoto de Tocopilla. Programa HPV interviene con comunidades educativas brindando apoyo psicosocial.
	ONEMI Centro del Buen Trato Colegio de Psicólogos Cruz Roja Chilena MINSAL	Publicación “Intervención Psicosocial en situaciones de emergencias y desastres: Guía para el Primer Apoyo Psicológico” tras la conformación de la Comisión Técnica de Apoyo Psicológico en situaciones de emergencias y desastres, coordinada por ONEMI.
2008–2009	MINSAL	Plan de Protección de la Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres Capacitación en principios, metodologías, experiencias, transferencia de habilidades y competencias para el manejo de salud mental en situaciones de emergencias y desastres.
2010	OPS – OMS	Publicación “Protección de la salud mental luego del terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010 en Chile: Crónica de una experiencia”
	Sistema Integral de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo (ChCC) UNICEF	Diseño y entrega de: - Recomendaciones generales para toda la población, - Material psicoeducativo - KIT Enfrentando la Emergencia - Escala de Bienestar Infantil en Situaciones de Emergencia (EBI)
	OPS – OMS	Implementación del instrumento “Evaluación preliminar de los daños y análisis de las necesidades en salud mental y comunitaria” (EDAN)
	ONEMI	Coordinación de acciones de Salud Mental para familiares de fallecidos en el incendio de la cárcel de San Miguel: - Acompañamiento psicosocial, contención emocional, - Entrega de información, normalización de reacciones y recomendaciones durante el proceso de identificación, reconocimiento y entrega de cuerpos.
	MINSAL JICA OPS	Segunda versión del Plan de Protección de la Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres
		Capacitaciones y formación continua a nivel nacional, a través de módulos online (Teleduc) y presenciales.
	Ministerio de Obras Públicas	Acciones de diagnóstico, psicoeducación y primer apoyo psicológico, entre otras, dirigidas hacia sus funcionarios.
	MINSAL	Movilización de equipos de apoyo de diversas regiones y Servicios de Salud a territorios afectados por el 27F, como por ejemplo equipo de “Psicotrauma”, contratación de equipos móviles de salud mental, etc.
	Psicólogos Voluntarios	Creación Psicólogos Voluntarios (PVCh), quienes implementan acciones de diagnóstico, psicoeducación y primer apoyo psicológico, entre otras, dirigidas hacia la comunidad y equipos de primera respuesta durante 27F.
	PUC	Creación del diplomado “Salud mental en emergencias, desastres y catástrofes”.

¹ “Eventos importantes” que se produjeron en ese año, una manera de contextualizar las acciones de salud mental desarrolladas.
² Instituciones públicas o privadas que promovieron o desarrollaron un hito político, acciones o actividades para la protección de la salud mental en emergencias y desastres.
 Cualquier acción, ley o norma que se constituye una política pública concreta para la protección de la salud mental en emergencias y desastres en forma directa o indirectamente (en negrita).
³ “Acciones/Actividad” concreta desarrollada para proteger la salud mental en emergencias y desastres frente a un eventos específico.
 PUC: Pontificia Universidad Católica de Chile | UAB: Universidad Andrés Bello | UCN: Universidad Católica del Norte
 UFSM: Universidad Técnica Federico Santa María | CONICYT: Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica
 FONDAP: Fondo de Financiamiento de Centros de Investigación en Áreas Prioritarias

TABLA 3: CRONOLOGÍA DE LAS EXPERIENCIAS DE PROTECCIÓN DE SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES EN CHILE 1960 – 2017. (CONTINUACIÓN).

Año	Actores ¹	Hito político ² Actividades y/o Iniciativas ³
2010	JUNAEB: Programa habilidades para la Vida (HPV)	Programa HPV interviene con comunidades educativas brindando apoyo psicosocial producto de terremoto y tsunami 27 F (Intervención en regiones V, VI, VII, VIII, IX y RM).
	MINEDUC	Jornadas de contención emocional en conjunto con UNICEF en las regiones VI, VII y VIII, afectadas por el terremoto. Además de talleres de contención emocional con la Fundación Mustakis, en las regiones ya mencionadas.
2011	MINSAL JICA	Incorporación en la Estrategia Nacional de Salud 2011–2020 Objetivo de impacto N° 9: “Mitigar los efectos en la morbi-mortalidad de la población como consecuencia de emergencias y desastres” Publicación del “Manual para la protección y cuidado de la salud mental en situaciones de emergencias y desastres”.
2012	CONICYT / FONDAP PUC, UAB, UFSM, UCN	Creación del Centro Nacional para la Gestión Integrada de Desastres Naturales (CIGIDEN), incluye áreas de investigación en salud mental.
2013	Psicólogos Voluntarios	Acciones de diagnóstico, psicoeducación y primer apoyo psicológico, entre otras, dirigidas hacia la comunidad y equipos de primera respuesta por incendio en Rodelillo, Valparaíso.
	ONEMI	Crea curso e-learning “Primer apoyo emocional en emergencia y desastres”
2014	JICA CIGIDEN MINSAL ONEMI	Inicio del proyecto “Adaptación del concepto Kokoronokea a un modelo de protección y cuidado de la salud mental en situaciones de emergencia y desastres” (2014–2018), que contempla la realización de tres pasantías en Japón.
	ONEMI	Resolución para la conformación de equipo de trabajo en Salud Mental. Se conforma en ONEMI un equipo de trabajo de Salud Mental, para coordinar las acciones intersectoriales en Salud Mental.
	MINSAL ONEMI	Desarrollo de un plan de acción intersectorial a nivel regional liderado por el sector salud y ONEMI que incluyó la tarea crítica de articulación del voluntariado en salud mental.
	Ministerio de Obras Públicas (MOP)	Acciones de diagnóstico, psicoeducación y primer apoyo psicológico, entre otras, dirigidas hacia sus funcionarios, por incendio de Valparaíso.
	Psicólogos Voluntarios	Acciones de diagnóstico, psicoeducación y primer apoyo psicológico, entre otras, dirigidas hacia la comunidad y equipos de primera respuesta por incendio en Valparaíso y terremoto en Iquique.
	MINSAL	SEREMI y SS Valparaíso articulan apoyo a víctimas del incendio de interfaz urbano-forestal. Se elabora material informativo y se coordina respuesta con organismos del Estado, voluntarios de salud mental (principalmente de las universidades de la región).

¹ “Eventos importantes” que se produjeron en ese año, una manera de contextualizar las acciones de salud mental desarrolladas.

² Instituciones públicas o privadas que promovieron o desarrollaron un hito político, acciones o actividades para la protección de la salud mental en emergencias y desastres.

Cualquier acción, ley o norma que se constituye una política pública concreta para la protección de la salud mental en emergencias y desastres en forma directa o indirectamente (en negrita).

³ “Acciones/Actividad” concreta desarrollada para proteger la salud mental en emergencias y desastres frente a un eventos específico.

PUC: Pontificia Universidad Católica de Chile | UAB: Universidad Andrés Bello | UCN: Universidad Católica del Norte
UFSM: Universidad Técnica Federico Santa María | CONICYT: Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica
FONDAP: Fondo de Financiamiento de Centros de Investigación en Áreas Prioritarias

TABLA 4: CRONOLOGÍA DE LAS EXPERIENCIAS DE PROTECCIÓN DE SALUD MENTAL EN EMERGENCIAS Y DESASTRES EN CHILE 1960 – 2017. (CONTINUACIÓN).

Año	Actores ¹	Hito político ² Actividades y/o Iniciativas ³
2014	JUNAEB: Programa habilidades para la Vida (HPV)	Programa HPV interviene con comunidades educativas brindando apoyo psicosocial producto de terremoto en Iquique (Intervención en regiones XV, I y II) e incendio en Valparaíso.
	MINSAL	"Plan de Cierre Reconstrucción Terremoto y Tsunami 27F 2010" se señalan los lineamientos a seguir luego del desastre.
2015	ONEMI	Coordinación de organizaciones de la Red de Ayuda Humanitaria Chilena y otras acciones del voluntariado. Acciones específicas para funcionarios ONEMI que trabajaron en la emergencia
	MOP	Acciones de diagnóstico, psicoeducación y primer apoyo psicológico, entre otras, dirigidas hacia sus funcionarios por aluviones del Norte.
	Programa Apoyo a Víctimas del Ministerio del Interior y Seguridad Pública	Acciones de salud mental dirigidas hacia la comunidad y funcionarios afectados de gobernaciones y municipios. Establecimiento de acciones de coordinación y articulación de redes para terremoto en Coquimbo y aluviones en la región de Atacama.
	MINSAL ONEMI	Incorporación del Departamento de Emergencias y Desastres al Gabinete de la Ministra de Salud. Conformación de la Mesa Técnica SMAPS MINSAL, en la que se incorpora posteriormente ONEMI.
	FOSIS, SEREMI Salud Región de Valparaíso y Dirección Regional de ONEMI Valparaíso	Programa de Fortalecimiento Organizacional para la emergencia en los cerros La Cruz (zonas Elberg y El Vergel Alto del Cerro la Cruz) y Las Cañas. Este Programa tuvo como foco el apoyo psicosocial en la fase de recuperación de las comunidades afectadas por Incendios de interfaz Urbano forestal en 2014.
	MINSAL	Despliegue de equipos de salud mental a la zona afectada por aluviones en la región de Atacama. Este acto se presenta como un hito significativo para la implementación de equipos de Apoyo a la Respuesta en Salud Mental (actualmente ARSAM).
	JUNAEB: Programa habilidades para la Vida (HPV)	Programa HPV interviene con comunidades educativas brindando apoyo psicosocial producto terremoto en Coquimbo y aluviones en la región de Atacama.
2017	MINSAL ONEMI	Conformación de Mesa Técnica SMAPS, coordinación y articulación de recursos de organismos del Estado y del Voluntariado por Mega Incendios que afectaron a la zona centro sur del país y por aluviones en zona norte
	JUNAEB: Programa habilidades para la Vida (HPV)	Programa HPV interviene con comunidades educativas brindando apoyo psicosocial producto Mega Incendios que afectaron a la zona centro sur del país y por aluviones en zona norte

¹ "Eventos importantes" que se produjeron en ese año, una manera de contextualizar las acciones de salud mental desarrolladas.² Instituciones públicas o privadas que promovieron o desarrollaron un hito político, acciones o actividades para la protección de la salud mental en emergencias y desastres.

Cualquier acción, ley o norma que se constituye una política pública concreta para la protección de la salud mental en emergencias y desastres en forma directa o indirectamente (en negrita).

³ "Acciones/Actividad" concreta desarrollada para proteger la salud mental en emergencias y desastres frente a un eventos específico.

PUC: Pontificia Universidad Católica de Chile | UAB: Universidad Andrés Bello | UCN: Universidad Católica del Norte

UFSM: Universidad Técnica Federico Santa María | CONICYT: Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica

FONDAP: Fondo de Financiamiento de Centros de Investigación en Áreas Prioritarias

Marco Institucional

La protección de la salud mental en situaciones de emergencias y desastres es un ámbito que por sus características de multicausalidad y complejidad, requiere ser abordado por una diversidad de actores, que en nuestro país se encuentran representados por el Sistema Nacional de Protección Civil (SNPC). Dada su especificidad, la referencia técnica de la materia es ejercida por el MINSAL, mientras que el liderazgo de coordinación es desempeñado por ONEMI, junto con otros actores del SNPC que tienen un rol relevante en esta materia.

El Modelo de Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres que presentamos se construye en sintonía con este marco institucional el cual describimos a continuación.

Sistema de Protección Civil Chileno

El Sistema Nacional de Protección Civil Chileno es el conjunto de organismos, servicios e instituciones, tanto de carácter público como privado, incluyendo a las entidades de carácter voluntario y a la comunidad organizada, que por mandato, capacidad, competencia, interés o vocación, se articulan para la gestión del riesgo de desastres. Tiene por objetivo proporcionar protección a las personas, sus bienes y el ambiente ante situaciones de emergencias, desastres o catástrofes (49). Todos los integrantes del sistema mantienen su propia estructura y tienen plena libertad para adecuar su organización, trabajando bajo dos principios fundamentales: la “ayuda mutua” y el “uso escalonado de recursos” (49).

GRÁFICO 2: ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN CIVIL¹



Fuente: DS.156 del 2002, ONEMI

Para ello, se cuenta con un marco normativo legal establecido, mediante Decreto Supremo N° 156 del año 2002, denominado **“Plan Nacional de Protección Civil”**, instrumento indicativo que promueve la planificación multisectorial de acciones permanentes en materias de prevención, mitigación, preparación, alerta, respuesta y recuperación ante la ocurrencia de emergencias, desastres o catástrofes, a partir de una visión integral del manejo de riesgo. Este trabajo, en los últimos años, se ha visto fortalecido a través de la Política Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres del 2014 y del Plan Estratégico Nacional 2015–2018, instrumentos desarrollados a través de la Plataforma

¹ El SNPC se representa a través de un triángulo manteniendo lo establecido en 1949 como una convención internacional acerca de la Protección Civil y que alude a la integración de distintos actores con un objetivo común. En el caso particular del Sistema Chileno, representa el trabajo integrado y mancomunado de autoridades, servicios públicos, ciencia y tecnología y la comunidad como actor base de la gestión del riesgo de desastres.

Nacional para la Reducción del Riesgo de Desastres (50). Complementario a esta normativa nacional, la gestión del riesgo en Chile se hace coherente con los lineamientos internacionales del Marco de Sendai (MS) para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015 – 2030.

El Marco de Sendai plantea que la RRD debe ampliarse para centrarse tanto en las amenazas de origen natural y antrópicas, como también en las amenazas y riesgos ambientales, tecnológicos y biológicos; además de promover la resiliencia sanitaria. El MS se basa en cuatro ejes prioritarios: Comprender el Riesgo, Fortalecer la Gobernanza para la Gestión del Riesgo, Invertir en la Reducción del Riesgo de Desastres para la Resiliencia, Aumentar la preparación para una respuesta eficaz ante desastres y reconstruir mejor.

El trabajo que plantea el MS, implica que como país se adopten medidas y estrategias que permitan dar cumplimiento a las prioridades y metas establecidas, por lo cual la instalación de esta temática, debe constituirse como una prioridad nacional para todas las acciones que se realizan en torno a la Gestión Integral del Riesgo y la Reducción del Riesgo de Desastres en todo el territorio nacional.

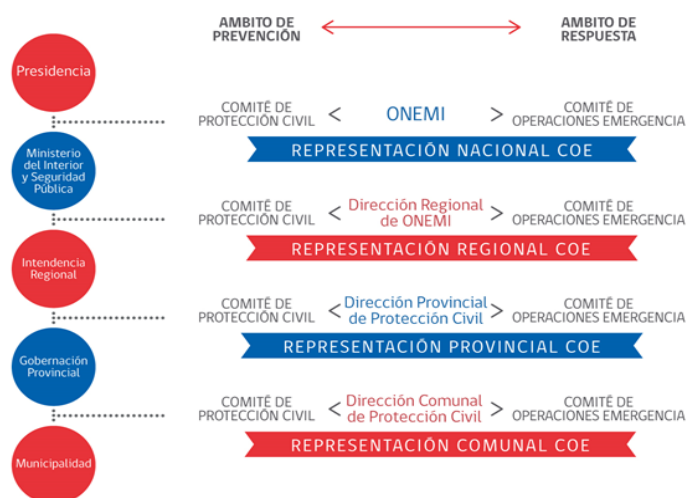
El SNPC se encuentra presente en todos los niveles jurisdiccionales del país (nacional, regional, provincial y comunal) y en él se encuentran representados todos los recursos existentes (humanos, técnicos, materiales y financieros) para llevar a cabo acciones con base en el ciclo de manejo del riesgo (medidas y acciones de prevención, mitigación, preparación, alerta, respuesta, rehabilitación y recuperación).

La coordinación del SNPC radica en el Ministerio del Interior y Seguridad Pública y la ejerce a través de la Oficina Nacional de Emergencia (ONEMI) como organismo técnico del Estado. En tanto, la misión de ONEMI es la planificación, coordinación y ejecución de las actividades destinadas a la prevención, mitigación, alerta, respuesta y rehabilitación que demanda el funcionamiento del SNPC (49).

El SNPC se organiza en base a dos plataformas de gestión, cada una con representación en los niveles geopolíticos: las acciones de prevención, mitigación y preparación son abordadas a través del **Comité de Protección Civil**; en tanto, la respuesta y rehabilitación se aborda a través del **Comité de Operaciones de Emergencia** (COE) (49–51).

El **Comité de Protección Civil** es la instancia de coordinación previa a la ocurrencia de emergencias, desastres o catástrofes. Su objetivo es mejorar las condiciones de seguridad de las personas, sus bienes y el ambiente, fundamentalmente en la fase preventiva del ciclo de manejo del riesgo. Es un órgano de trabajo permanente, de convocatoria amplia y están representadas las instancias sectoriales, técnicas, científicas, de servicios, voluntariado y comunidad organizada, bajo la dirección de la autoridad respectiva de cada nivel jurisdiccional.

El **Comité de Operaciones de Emergencia**, se reúne ante la ocurrencia (o inminente manifestación) de una emergencia que pueda derivar en desastre o catástrofe y su convocatoria es acotada a autoridades y organismos técnicos con injerencia en la respuesta al evento (52). El COE es presidido por el Ministro del Interior y Seguridad Pública, el Intendente, el Gobernador y el Alcalde, según corresponda el nivel.

GRÁFICO 3: ESTRUCTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE PROTECCIÓN CIVIL

Fuente: ONEMI

La operación y coordinación de los distintos actores involucrados en el COE, se organiza bajo tres tipos de mandos: autoridad, coordinación y técnico.

- El **mando de autoridad** radica en las autoridades de Gobierno interior (Ministro del Interior, Intendente Regional, Gobernador Provincial y Alcalde).
- El **mando de coordinación** recae en ONEMI para los niveles nacional y regional, y en los Directores de Protección Civil y Emergencias, en los niveles provincial y comunal; y es quien, basado en la información técnica y evaluaciones pertinentes, coordina a los distintos actores para la atención y control de la emergencia o desastre.
- El **mando técnico** es ejercido por la organización o institución, que por disposiciones legales o de procedimientos, es reconocido como el especialista en la materia, que entrega la información técnica para la toma de decisiones.

Sistema de Salud Chileno

La Constitución de la República de Chile, en su Artículo 9, Capítulo III acerca de los deberes y derechos constitucionales, establece que el Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo (53); también le corresponde la coordinación y control único de las acciones relacionadas con la salud y es su deber garantizar la ejecución de las acciones de salud, ya sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley.

El Sistema de Salud chileno, cuenta con una división administrativa funcional para el cumplimiento de sus objetivos organizacionales, mandatada por la normativa vigente (DFL N° 1 del 24 de abril del 2006) (54).

Está compuesto por diferentes organismos públicos y privados, donde el Ministerio de Salud, a través de la formulación y el desarrollo de políticas de salud, ejerce las funciones de rectoría, dictación de normas generales y vigilancia en Salud Pública.

Administrativamente el Ministerio de Salud se organiza en dos Subsecretarías:

- La **Subsecretaría de Salud Pública**, que ejerce la función de Autoridad Sanitaria, a través de la regulación y fiscalización de los actores del sistema, y de la vigilancia y control de los factores que afectan la salud. A nivel territorial, la autoridad sanitaria es ejercida por las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS).
- La **Subsecretaría de Redes Asistenciales**, cuya función es la gestión del Sistema Nacional de Servicios de Salud, conformado por 29 Servicios autónomos en el territorio nacional, los que entregan las prestaciones de salud a las personas afiliadas a FONASA a través de la Atención Primaria de Salud y la red de especialidad.

Modelos de Atención

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria es el utilizado por el Sistema Público de Salud, basado en la Atención Primaria, se entiende como: “el conjunto de acciones que promueve y facilita la atención eficiente, eficaz y oportuna, dirigida más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”(55). Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables, en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud. Este modelo se basa en tres principios irrenunciables: integralidad de la atención, continuidad de los cuidados y está centrado en la persona y su entorno, los que se operacionalizan en el marco de un trabajo en red, en equipo y con participación social.

Por su parte, el Modelo de Atención en Salud Mental Comunitaria, que se integra y complementa con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, se enfoca en las personas que padecen una enfermedad mental grave y persistente, en su familia y en el impacto que esta condición de salud tiene en su entorno; así también, en cómo este entorno contribuye a la recuperación de las personas, favorece la inclusión sociocomunitaria y provee las condiciones que contribuyen al pleno ejercicio de sus derechos y bienestar socioemocional.

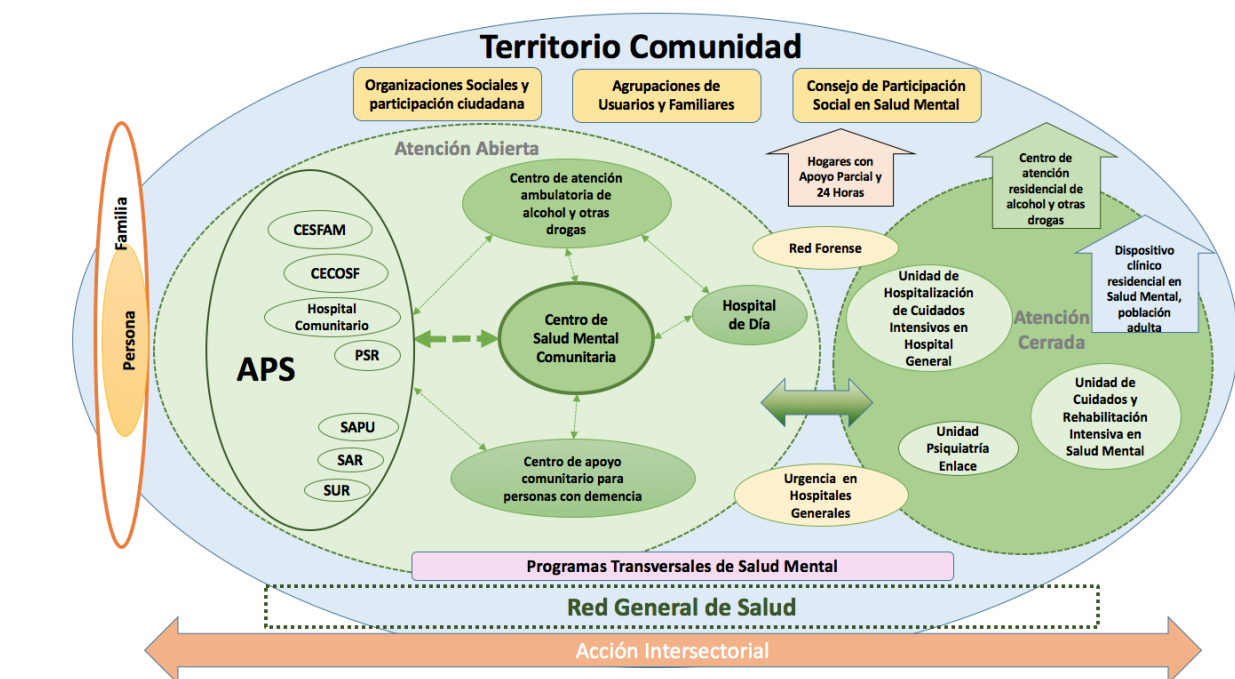
Ambos modelos coexisten y se relacionan dinámicamente en el contexto de la salud mental de la población y son fundamentales para llevar a cabo la protección de la salud mental en la gestión del riesgo de emergencias y desastres.

Red Temática de Salud Mental

Basada en ambos modelos, la atención de salud mental se realiza en la Red Temática de Salud Mental², la que forma parte de la red general de salud y reconoce a la Atención Primaria como el principal nodo articulador e intercomunicador de la atención de la población usuaria. Su organización y disposición de recursos responde a las particularidades de cada territorio y comunidad, en consideración de los determinantes sociales de la salud (56).

Su objetivo es promover el bienestar de la población respondiendo a sus necesidades de salud mental, que van desde la prevención a la recuperación e inclusión socio comunitaria, en un trabajo coordinado con el intersector y la comunidad. En la figura siguiente se grafica la Red Temática de Salud Mental.

² Red Temática de Salud Mental es un sistema de vínculos e interacción de relaciones horizontales entre los diversos nodos y puntos de atención que la componen, permitiendo a través de su organización y disposición de recursos, la integralidad y la continuidad de la atención y cuidados en salud mental.

GRÁFICO 4: DIAGRAMA DE LA RED TEMÁTICA DE SALUD MENTAL

Fuente: Modelo de Gestión de Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud, Minsal 2017

Gestión del Riesgo de Desastres en el Sector Salud

Adicionalmente, para abordar la Gestión del Riesgo de Desastres (GRD), el MINSAL cuenta con el Departamento de Gestión del Riesgo de Emergencias y Desastres (DEGREYD), que tiene por misión impulsar la temática en el sector salud, considerando los lineamientos del Sistema Nacional de Protección Civil y los acuerdos sectoriales en el Marco Internacional de Reducción de Riesgo de Desastres, a través de la acción coordinada, responsable y colaborativa de los distintos actores y niveles, procurando el fortalecimiento y resiliencia del sector, para proteger la salud de la población y salvaguardar la funcionalidad e infraestructura sanitaria, incorporando en su cultura organizacional los conceptos de: preparación, prevención y mitigación.

Sus líneas de desarrollo son:

- Establecimientos de Salud Seguros.
- Gestión de la Información y comunicaciones.
- Gestión territorial.
- Desarrollo de Equipos de Respuesta
- Telecomunicaciones críticas.
- Adaptación al Cambio Climático
- Protección de la salud mental y trabajo comunitario.

La labor de este departamento se hace posible gracias a la existencia de una red de coordinadores/as de Emergencias y Desastres, los que pertenecen a cada una de las 15 SEREMIS, de los 29 Servicios de Salud y de los establecimientos de salud (Hospitales y Centros de Salud Familiar) del país, estos coordinadores/as tienen la labor de asesorar a su autoridad en la articulación de los esfuerzos de múltiples actores sectoriales (entre ellos a la red temática de salud mental, promoción de la salud, comunicaciones, entre otros) para la gestión integral del riesgo de desastres.

Marco Teórico – Conceptual

Protección Civil y Gestión del Riesgo de Desastres

La Protección Civil, en términos generales, se puede definir como la protección a las personas, sus bienes y el medio ambiente ante situaciones de emergencias, desastres o catástrofes (49).

Actualmente, a nivel internacional y bajo los marcos de acuerdos del Sistema de Naciones Unidas (desde la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres, EIRD, el Marco de Acción de Hyogo y hoy en día el Marco de Sendai), la Protección Civil se asocia con la gestión permanente del riesgo, vale decir, con el manejo sistemático de decisiones administrativas, de organización y de capacidades técnicas, recursos y responsabilidades para la aplicación de políticas, estrategias y otras acciones para la reducción de los riesgos.

El concepto de Protección Civil, ha evolucionado pasando desde un modelo centrado principalmente en la respuesta, en el caos, en el mando y en el control del evento (modelo de la defensa civil de la década de 1940), hacia un modelo de gestión integral para la reducción de riesgos de desastres, incorporando una visión de continuidad, coordinación y cooperación.

Para la comprensión de cómo la gestión del riesgo aborda los procesos vinculados a la reducción de riesgo de desastres, se deben clarificar los conceptos centrales que son: Riesgo, Amenaza, Vulnerabilidad y Capacidad (51).

En términos generales, el **riesgo** se entiende como la probabilidad de exceder un valor específico de daños sociales, ambientales y económicos en un lugar dado y durante un tiempo de exposición determinado. De manera más específica, el riesgo de desastres es la probabilidad de ocurrencia de daños sociales, ambientales y económicos en un territorio expuesto a amenazas de origen natural o generado por el ser humano, durante un tiempo de exposición determinado (51). El riesgo de desastres se conforma por la interacción de factores de amenazas, vulnerabilidades y capacidades.

GRÁFICO 5: CONCEPTUALIZACIÓN DEL RIESGO

$$\text{RIESGO} = \frac{\text{AMENAZA} * \text{VULNERABILIDAD}}{\text{CAPACIDAD}}$$

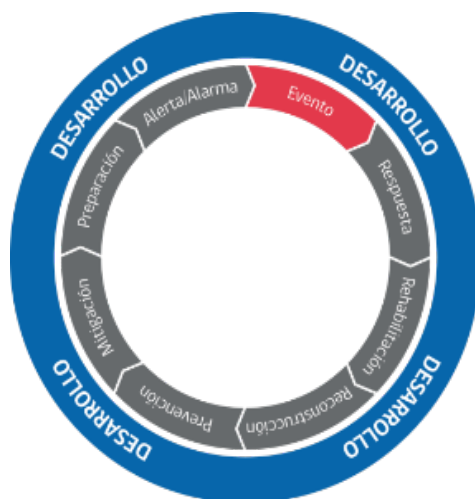
Fuente: ONEMI Manual del Participante Curso: Operaciones de Emergencia Nivel I. Santiago de Chile: Octava Edición; 2016.

La **amenaza**, concebida como el factor externo del riesgo, alude a la manifestación de fenómenos naturales o generados por la acción humana, tales como sismos, accidentes, entre otros. Estos fenómenos pueden generar emergencias o desastres al interactuar con la **vulnerabilidad**, entendida como factores o características de un territorio y sociedad, que la hacen más propensa a sufrir daño ante estas amenazas. En la medida que un individuo, sociedad u organización fortalezca sus recursos y potencialidades y por tanto, desarrolle capacidades –habilidades, conocimientos y destrezas con las que cuentan las personas o colectivos, para generar una respuesta frente a la ocurrencia de una emergencia o desastre– logrará disminuir las vulnerabilidades y de esa forma, el riesgo (51).

En este contexto, la GRD propicia la disminución de la vulnerabilidad y el aumento de las capacidades, de manera que como enfoque y práctica, debe ser transversal a todos los procesos y actividades humanas. La evaluación permanente del riesgo, debe considerar el desarrollo y ejecución de estrategias y acciones específicas para controlarlo y reducirlo.

La GRD aborda distintas fases denominadas ciclo de manejo del riesgo. Este ciclo es un modelo de acción, que sistematiza las acciones a implementar en diferentes instancias, con relación a la ocurrencia de un evento o incidente adverso. Las etapas del ciclo, pueden ser sintetizadas en tres grandes fases: Fase de Prevención, Fase de Respuesta y Fase de Recuperación.

GRÁFICO 6: CICLO DE MANEJO DEL RIESGO



Fuente: ONEMI

La Fase de **Prevención** incluye todas aquellas actividades, acciones y gestiones previas a la ocurrencia del daño o del evento adverso, a fin de evitarlo o suprimirlo definitivamente y de no ser posible, reducir al máximo los efectos que pueden llegar a provocar los fenómenos de origen natural o humano sobre las personas, los bienes y el medio ambiente. Contempla las etapas de prevención, mitigación y preparación.

La Fase de **Respuesta** corresponde a las actividades propias de atención y control de un evento o incidente destructivo. Estas actividades se llevan a cabo inmediatamente de iniciado u ocurrido el evento o incidente y tienen por objetivo salvar vidas, reducir el impacto en la comunidad afectada y disminuir las pérdidas.

La Fase de **Recuperación** incluye las actividades posteriores al evento destructivo y tiene por objetivo volver al estado de desarrollo previo y, más aún, intentando superar ese nivel. Considera las etapas de Rehabilitación y Reconstrucción (51,52).

Todas las acciones que se desarrollan en cada una de las fases deben implicar la integración del concepto de desarrollo, entendido como el aumento acumulativo, durable y sostenible en cantidad y calidad de bienes, servicios y recursos de una comunidad, unido a cambios sociales, en función de una mejor seguridad y calidad de vida, sin comprometer los recursos de las generaciones futuras.

De esta manera, el ciclo de manejo del riesgo, proporciona una orientación acerca de cómo intervenir el riesgo, propicia una gestión que se inicia con las acciones de prevención pero si ello no es posible, también advierte como oportuna la gestión iniciada a partir del evento o incidente u a partir de la reconstrucción.

Finalmente, es importante incluir y considerar los niveles de planificación en la gestión de riesgo de desastres, los cuales deberán ser considerados al momento de pensar en acciones específicas a ser implementadas. Dichos niveles son (51):

- **Nivel Estratégico:** ¿Qué se va a hacer? Describe de qué manera un nivel jurisdiccional (Nacional, Regional, Provincial y Comunal) planea cumplir con su responsabilidad en la gestión de riesgo a largo plazo.
- **Nivel Táctico:** ¿Cómo se va a hacer? Proporciona una descripción de los objetivos funciones, responsabilidades y acciones – en el caso del nivel local – tanto de la Municipalidad como de los organismos de respuesta, incluso del sector privado.
- **Nivel Operativo:** ¿Con qué se va a hacer? Define las acciones específicas que deben realizar los distintos actores que participan de la gestión del riesgo de desastres, indicando los recursos necesarios y disponibles para ello, tiempo y espacio en el previsto para ello.

Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres

Si bien en los últimos años, la salud mental ha sido un tema de interés en el abordaje de situaciones de emergencia y desastre, su foco ha estado principalmente en la patología y en acciones reactivas en la etapa de respuesta, visibilizándose además como un accionar propio del Sector Salud. Sin embargo, las recomendaciones internacionales (57) y los aprendizajes obtenidos a partir de las experiencias en múltiples emergencias y desastres en nuestro país, han evidenciado que la protección de la salud mental en GRD es una tarea que convoca a todos los sectores y en todas las fases del ciclo de manejo del riesgo.

En este mismo sentido, desde la conceptualización del Kokoronokea, la protección de la salud mental se concibe como el apoyo necesario en cualquier ámbito o circunstancia durante todas las fases del ciclo de manejo del riesgo, que van desde la preparación de la comunidad, ayuda mutua, apoyo psicosocial, prevención de trastornos mentales, hasta las terapias y tratamientos del trauma; incorpora una amplia gama de actores y acciones (58).

Concordante con esta mirada, para el presente modelo, la protección de la Salud Mental de las personas y comunidades en la gestión del riesgo de desastres, se entiende como un proceso que apunta a prevenir los efectos negativos en la salud mental de eventos potencialmente traumáticos, a través del fortalecimiento de las capacidades y de la disminución de las condiciones de vulnerabilidad en todas las fases del ciclo de manejo del riesgo (57).

Un primer foco de la protección de la salud mental es el fortalecimiento de las capacidades de los individuos, comunidades e instituciones; vale decir, de las habilidades, conocimientos y destrezas con las que cuentan las personas o colectivos, para generar una respuesta frente a la ocurrencia de una emergencia o desastre, lo cual es facilitado por las relaciones sociales, el liderazgo y un trabajo continuo de coordinación y cooperación (50,51,57,59).

Un segundo foco de la protección de la salud mental es el reconocimiento y disminución de las vulnerabilidades. El concepto de vulnerabilidad permite destacar que, ante la ocurrencia de un desastre, las pérdidas y el impacto serán diferentes para todas las personas. Esto se puede comprender desde el enfoque de determinantes sociales de la salud, el cual señala que las condiciones socioeconómicas, étnicas, género, acceso a servicios, edad, entre otros, son elementos que desencadenan una vulnerabilidad diferencial frente a factores de riesgo que tienen un impacto directo sobre la salud (60,61).

Así, se identifican grupos en situación de vulnerabilidad con mayor probabilidad de verse afectados por emergencias y desastres, con mayor riesgo de morir, enfermarse, presentar síntomas de trastornos mentales, tener mayores pérdidas económicas y más dificultades para recuperarse, entre otras consecuencias negativas (62–66). También, es probable que estos grupos estén menos preparados,

se vean más expuestos a estresores secundarios y su recuperación sea más lenta (67,68). Por ejemplo, en relación al género, las mujeres pueden verse más afectadas, debido a que las probabilidades que una mujer sea víctima de la violencia doméstica o sexual aumentan después de un desastre, viéndose expuestas a dificultades que impiden retornar a las condiciones de vida anteriores (69); en Chile, los grupos más afectados por el terremoto y tsunami del 27 de febrero del año 2010, fueron personas adultas mayores, niños/as, personas en situación de discapacidad y personas con enfermedades crónicas (70).

Bajo esta perspectiva, es importante identificar a los grupos y personas en situación de vulnerabilidad, para fortalecer sus capacidades individuales y comunitarias, reduciendo el riesgo (71) y favoreciendo la resiliencia individual, familiar y comunitaria.

- **La resiliencia individual** alude a una de las trayectorias de ajuste positivo frente a eventos potencialmente traumáticos; pero de acuerdo al tipo de evento, se han identificado dos patrones resilientes: la Emergente y la de Impacto Mínimo (72) que responden a un evento crónico y agudo respectivamente (73). En este sentido, la resiliencia individual sería la capacidad de recuperación después de un evento potencialmente traumático, expresada como una trayectoria estable de funcionamiento saludable antes y después del evento (72).

Es decir, las personas resilientes, a pesar de una angustia transitoria (horas-días), continúan con su vida cotidiana, trabajan, participan en actividades sociales, e incluso pueden experimentar intimidad y disfrute, muestran un sentido de continuidad subyacente en el sentido de sí mismos, tienen la creencia de que conservan las cualidades que los hacen ser quienes son (74) y una capacidad para generar experiencias y emociones positivas a pesar de la adversidad (7). Entre los factores predictores de la resiliencia individual se describen: tener edad avanzada, ser de género masculino, tener mayor nivel de educación, menor exposición al estrés, pérdida económica reducida, menor estrés actual o continuo y mayor apoyo social percibido, un estilo de respuesta reflexiva, rasgo *self-enhancement*³, autoeficacia de afrontamiento y flexibilidad en la regulación de afrontamiento y emoción (14).

- **La resiliencia familiar** ha sido definida como un proceso activo de resistir, sobreponerse y crecer frente a una crisis, y el desafío que implica establecer un conjunto de procesos de afrontamiento y adaptación de la familia como unidad funcional (75). Las familias resilientes se caracterizarían por mostrar perspectivas positivas, espiritualidad, buena comunicación y administración financiera, recreación compartida y apoyo (76). Por tanto, para favorecerla, se requiere fortalecer habilidades familiares críticas y necesarias como una buena comunicación, gestión familiar, resistencia general, el uso de actividades de ocio y redes de apoyo (77).
- **La resiliencia comunitaria**, es entendida como el conjunto de capacidades de adaptación, incluyendo el desarrollo económico, la información y la comunicación, las competencias de la comunidad y capital social (78). Uno de los factores de la resiliencia comunitaria ante un desastre se relaciona con los componentes de la dimensión colectiva del capital social, tales como: las redes sociales, la participación cívica, la eficacia colectiva, el sentido de comunidad y la confianza comunitaria (73). Otro factor se refiere a los componentes del Apoyo Social: el apoyo social percibido y recibido, cohesión percibida del vecindario, apego al vecindario, participación social o comportamiento "vecino" e indicadores sociales de pertenencia comunitaria, como la preparación de largo plazo residentes, propietarios o familiares que viven en la comunidad (73,79).

³ Self-enhancement no tiene una traducción literal pero alude a un sesgo positivo de la percepción de sí mismo (La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. Beatriz Vera Poseck, Begonia Carbelo Baquero y María Luisa Vecina Jiménez. En papeles del psicólogo 2006. Vol.27(1), pp 40-49

Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres: Fase Preventiva

La comunidad internacional concuerda, enfatiza y promueve la prevención y preparación de las personas, comunidades y organizaciones, tanto para la reducción de pérdidas de vidas humanas, como para la prevención del impacto emocional en las personas expuestas a eventos potencialmente traumáticos (14,73,80-83). El desarrollo de estrategias preventivas y habilidades de afrontamiento en los individuos y la comunidad también contribuyen a disminuir o evitar las posibles consecuencias psicológicas de los eventos (84). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados por los Estados, organizaciones y comunidades por mejorar los niveles de preparación, estos no han logrado aumentar significativamente (85-91). Por ejemplo, a pesar de que los programas educativos que promueven el desarrollo de la preparación individual, generan mayor conocimiento, acceso a la información sobre el riesgo e incrementan acciones de preparación, no se mantienen en el tiempo (90,92-95).

Algunas características sociodemográficas, como tener más edad, más educación y mayores ingresos, han mostrado favorecer las conductas de preparación (96,97). Acciones como el almacenamiento de alimentos, agua o implementación del kit de primeros auxilios, son realizadas principalmente por personas con mayores ingresos y propietarios de la vivienda (98,99); la realización de planes de preparación familiar son ejecutados por personas que viven en pareja (99) y las mayores tasas de posesión de suministros de emergencia y la creación de un plan, se asocia con la presencia de niños, niñas o adolescentes en el hogar (97,100).

Los factores psicológicos también se relacionan con la preparación individual. Entre ellos, el estrés psicológico se asocia con el aumento de la planificación en el hogar (83) y la experiencia previa de un desastre aumenta la intensidad de la preparación (101-104). Una mayor percepción de riesgo también se ha vinculado a una mayor preparación (105-107), aunque se discute esta relación después de realizada la conducta de preparación (108-110).



A este respecto Zulch (111) describe los dominios de la preparación psicológica:

- Conciencia y anticipación de sus probables respuestas psicológicas a la incertidumbre y al estrés en una situación de alerta y un evento inminente; incluye la capacidad de reconocer pensamientos y sentimientos relacionados con el estrés en particular, la percepción, evaluación y comprensión de la comunicación del riesgo y el evento amenazante.
- Capacidad, confianza y competencia para manejar la respuesta psicológica a la situación de advertencia y para manejar el ambiente social ante un posible evento.
- Conocimiento y responsabilidad percibida, confianza y competencia para manejar la situación física y el contexto ante una situación de alerta.

La prevención frente a los desastres dependerá, además de las capacidades individuales, de cómo el entorno social organiza, moviliza y coordina la diversa gama de recursos que se pueden utilizar (112). Concordante con los principios rectores del Marco de Sendai, la comunidad es un agente relevante y activo en la GRD, debe ser parte del proceso de toma de decisiones a nivel comunal, provincial, regional, y nacional, como un actor clave en su propia realidad de riesgos y recursos; por tanto, se requiere fortalecer la organización, participación, empoderamiento y por ende, favorece la resiliencia comunitaria (57).

De igual manera, la familia cumple un rol relevante para la preparación de la comunidad. Los tipos de redes de apoyo familiar y el género del jefe del hogar, explican mejor distintos niveles de preparación (suministros, habilidades, planificación y protección) independiente de la estructura familiar (113).

Otro elemento que favorece la preparación de la comunidad es el capital social⁴. En comunidades con mayor capital social, las personas buscarán ayuda de expertos, científicos y organizaciones de gestión de emergencias, cuando el conocimiento y los recursos relativos a la preparación son auto-percibidos como insuficientes (114,115). Asimismo, una mayor cohesión comunitaria se asocia con el aumento de la participación en medidas proactivas de planificación, como el desarrollo de planes de evacuación o de emergencia, la colaboración con los vecinos y personal a cargo de la planificación y gestión (114). De igual manera, las sociedades colectivistas⁵ aumentan las intenciones de preparación debido a que muestran mayor eficacia colectiva (116).

Por otra parte, la confianza también influye en la preparación comunitaria; una mayor confianza entre los miembros de la comunidad, hacia y entre las instituciones, fortalecerá la adopción de medidas de preparación (100,117,118), además de influir en la disposición a que las personas consideren seriamente las advertencias del peligro. Por el contrario, la falta de confianza en las organizaciones de gestión de emergencias, puede conducir a la controversia y la división, dificultando los esfuerzos para realizar las conductas preventivas (119,120), sobre todo cuando existe poca información pública sobre el peligro y cuando el riesgo es relativamente nuevo (120).

⁴ Capital Social: las redes junto con normas, valores y opiniones compartidas que facilitan la cooperación dentro y entre los grupos. (Informe The Well-Being of Nations: the role of human and social capital (2001)). Entre los principales componentes se incluye las competencias de la comunidad, eficacia colectiva, sentido de comunidad y la sociedad civil (Kawachi, Ichiro. Kennedy P, Bruce. Lochner, Kimberly. Prothrow-Stith, Deborah. Social Capital, Income, Inequality and Mortality. American Journal of Public Health 1997 vol 87 nr 9).

⁵ Sociedades Colectivistas: Aquellas en las que el interés del grupo reemplaza el interés de los individuos y se convierte en parte integral de la identidad de éstos. Lo colectivista se refiere al grado de interdependencia que una sociedad mantiene entre sus miembros y se reconoce cuando la autoimagen de las personas se define en términos del nosotros y no en términos del yo. (Hofstede, Hofstede and Minkow, 2010. Cultures and organizations: softwears of the main. New York, NY. McGraw Hill.) (Hofstede, G. Chile. Recuperado de <http://geert-Hofstede.com/Chile.html>)

El apoyo social brindado, percibido y recibido durante un desastre, es otro de los principales elementos protectores de la salud mental a corto, mediano y largo plazos (121,122). Sin embargo, el apoyo social puede deteriorarse, producto de la escasez de recursos o del desconocimiento por parte de quienes responden en el evento.

Otro aspecto que influye en la prevención de riesgo de desastres es la educación, que es uno de los pilares de la GRD. Ésta contribuye a evitar posibles lesiones y pérdidas, afrontar eficazmente los desastres, disminuir el impacto emocional, dar una respuesta eficaz, “reconstruir mejor” en donde se promueve la recuperación del conocimiento y saberes locales, tomando en cuenta los saberes ancestrales de las comunidades sobre su entorno y prácticas tradicionales de prevención y auto aseguramiento; en definitiva, fomenta la resiliencia de las personas y comunidades (57,108,123,124).

En este sentido, para la protección de la salud mental en situaciones de emergencias, es necesario construir conocimientos, socializar la información, promover autogestión y autoprotección en la población. La generación de conocimiento a través del desarrollo de investigación científica en GRD, puede enriquecer la educación y el desarrollo de políticas, programas y proyectos públicos en la materia. La educación debe considerar la inclusión de conceptos relevantes para la GRD tanto en los programas curriculares, formación profesional, acciones educativas en el aula, espacios de educación comunitaria y en los medios masivos de comunicación.

A través de la educación se puede promover el desarrollo de habilidades de afrontamiento que pueden fortalecer la preparación (84). En concordancia con (121) la perspectiva del Kokoronokea, Zulch y col. (111) plantean que estas habilidades favorecen la anticipación, disponibilidad y activación emocional ante la incertidumbre que genera una posible situación de emergencia o desastre.

En Japón, se promueve la educación y entrenamiento en los establecimientos educacionales, las comunidades y centros de trabajo para desarrollar una cultura de la preparación para desastres, como elementos fundamentales en la protección de la salud mental, destacando la importancia de vivir y el valor de la vida. Con esto se aspira a que la respuesta ante un desastre sea suficientemente flexible para responder a una situación cambiante. La educación en desastres realizada en los establecimientos educacionales proporciona el conocimiento de las causas y efectos de los desastres, el entrenamiento práctico de cómo protegerse a sí mismos, ayudarse entre todos, mantenerse saludable, promover el bienestar, entrenar habilidades para manejo de estrés, el fortalecimiento de la comunicación, el manejo emocional de los niños y sentido de seguridad, etc.(58)

Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres: Fase Respuesta

El impacto de las emergencias o desastres hace que esta fase del ciclo de manejo del riesgo se constituya en un momento crítico para la organización y ejecución de una respuesta integral y multidimensional; en este sentido, las acciones para proteger la salud mental requerirán abordar diferentes ámbitos de la vida cotidiana tanto a nivel individual, familiar y comunitario.

Para la organización de estas múltiples acciones, el Comité Permanente entre Organismos (IASC) de Naciones Unidas propone apoyos diferenciados en distintos niveles complementarios que satisfagan necesidades diferentes, los cuales debieran ponerse en práctica en forma concurrente, estos son: servicios básicos y seguridad, apoyos de la comunidad y de la familia, además de apoyos focalizados no especializados, servicios especializados. Estas acciones además consideran un abordaje desde lo colectivo a lo individual.



Fuente: MINSAL

Desde la teoría de conservación de recursos y la “evidencia informada”, Hobfoll y col. (121) proponen cinco principios que debieran ser usados para guiar las acciones preventivas a nivel individual y colectivo, tanto inmediatamente después de un desastre como en el mediano plazo. Estos principios se refieren a **promover: el sentido de seguridad, la recuperación de la calma, autoeficacia individual y comunitaria, el sentido de conexión con otros y la esperanza.**

- **Seguridad:** En la medida que las condiciones de seguridad aumentan (seguridad percibida y entregada) los síntomas asociados a TEPT disminuyen con el tiempo, ya que una mayor sensación de seguridad favorecerá la disminución de las respuestas biológicas asociadas al miedo y la angustia.
- **Calma:** Fomentar la calma en personas afectadas ayuda a recuperar la funcionalidad en un contexto de emergencias y desastres. La ansiedad en dosis adecuada es una respuesta esperada y adaptativa ante situaciones de estrés y amenaza, ayuda a la hipervigilancia necesaria para protegerse. Cuando estas respuestas de ansiedad se transforman en una interferencia con el sueño y la alimentación, la solución de problemas cotidianos puede llevar a trastornos de ansiedad y a los síntomas de TEPT.
- **Autoeficacia individual y colectiva:** Luego de un evento traumático las personas están en riesgo de perder la confianza en sus competencias para abordar distintas situaciones. Favorecer la autoeficacia permitirá recuperar y/o fortalecer la sensación personal de ser capaz de llevar a cabo acciones con resultado positivo (125) y un mayor sentido de pertenencia a un grupo que habitualmente enfrenta las dificultades con resultados positivos.
- **Conexión con otros:** Después de un evento potencialmente traumático, las redes de apoyo pueden debilitarse o romperse; en consecuencia, la falta o el deterioro de vínculos afectivos pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de TEPT. Fortalecer y/o recuperar el apoyo social, mitigará el impacto de estos eventos, permitiendo reconstruir una forma mínima de confianza en los demás, restablecer la confianza en sí mismo y recuperar la sensación de control.

Por ejemplo, las interrupciones de servicios básicos y la ausencia de información relacionada con su reposición, además de comprometer la vida y la salud de las personas; podrían generar una menor percepción de bienestar y apoyo social (123,126).

- **Esperanza:** es descrita como un sentido de coherencia, en que uno tiene un sentimiento duradero y dinámico de confianza en que el ambiente interno y externo son predecibles, y con una alta probabilidad de que las cosas funcionen tan razonablemente como se espera, esto puede estar relacionado a creencias religiosas y espiritualidad, la confianza en un gobierno o institucionalidad eficiente, o en otro tipo de creencias. La esperanza se relaciona con hechos concretos y se recupera luego de una catástrofe cuando, por ejemplo, se recupera la empleabilidad y se ve el comienzo de la reconstrucción.

En concreto, considerando la evidencia disponible, en la fase de respuesta, es siempre recomendable incluir en su diseño, el desarrollo e implementación y el resguardo de los principios básicos de Hobfoll y col. (121), en múltiples ámbitos y con diversos focos, tanto a nivel individual como grupal, considerando además las vulnerabilidades específicas que puedan presentar.

Sumado a lo anterior, en relación a la comunicación del riesgo, los **medios de comunicación social** tienen un rol relevante en esta fase, dado por su función informativa y formativa en la población, además, por su posible influencia sobre las actitudes y emociones en las personas (127). En este sentido, cuando existe una excesiva dramatización de la información podrían aumentar el estrés psicológico de la audiencia (128). Un ejemplo de ello, el terremoto del 27 de febrero del año 2019 en Chile, los **síntomas de estrés agudo aumentaron linealmente en relación a la cantidad de horas diarias expuestas a noticias, e incluso en la percepción del tsunami como la peor parte del desastre** (129,130). De la misma forma, en los ataques a las torres gemelas del 11 de septiembre de 2001 y el atentado terrorista de Maratón de Boston en Estados Unidos del 15 de Abril de 2013, la exposición reiterada a imágenes traumáticas y de horror de los medios de comunicación, se correlacionaron con un aumento en la presentación de síntomas de estrés agudo y estrés postraumático a lo largo plazo (129,131). Además, el impacto de las transmisiones en vivo por televisión, afectan de forma diferenciada a los grupos específicos, particularmente niños, niñas y adolescentes (10,132)

En este ámbito, se debe tener presente la información difundida a través de las redes sociales basadas en internet; puesto que en ellas, pueden producirse fenómenos similares o incluso de mayor impacto a las que se generan con otros medios de comunicación social (133). Las comunidades y personas afectadas podrían sentirse desprotegidas y desorientadas a causa de los rumores y las imprecisiones de información que circula en estos medios (128). De ahí la importancia que la fuente de la información provenga de las vocerías establecidas oficialmente y que la información que proporcionan las autoridades, los responsables de equipos de respuesta, equipos locales y otros involucrados en el evento, estén en línea con estos.

Como se ha mencionado anteriormente, las personas afectadas por emergencias y desastres no necesariamente requieren de una “intervención emocional” inmediata, debido a que en general presentan respuestas esperables en una situación extraordinaria. Sin embargo, sí se recomienda la técnica de Primeros Auxilios Psicológicos o Primera Ayuda Psicológica (PAP) como la herramienta de uso general e inmediato para la protección de la salud mental de los afectados por situaciones de emergencias y desastres. Su uso es recomendado por varios grupos de consenso y expertos nacionales e internacionales, incluyendo el Comité Permanente entre Organismos (IASC) de Naciones Unidas, el Proyecto Esfera y OMS⁶ (134).

⁶ En 2009, el Grupo de la OMS para la Elaboración de la Guía mhGAP evaluó los datos disponibles comparando la primera ayuda psicológica y la intervención psicológica breve (“debriefing psicológico”). Llegaron a la conclusión de que a las personas muy angustiadas por haber estado expuestas recientemente a una situación traumática había que ofrecerles primera ayuda psicológica y no “debriefing psicológico”. (Organización Mundial de la Salud. Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo, Ginebra. 2012)

De acuerdo a la OMS, PAP es recomendable puesto que fomenta factores que parecen ser de gran ayuda para la recuperación de las personas a largo plazo, según varios estudios y el consenso de muchas entidades de ayuda humanitaria. Estos factores pueden ser: 1) sentirse seguro, conectado con otros, en calma y con esperanza; 2) tener acceso a apoyo social, físico y emocional; y 3) sentirse capaz de ayudarse a sí mismos como individuos y comunidades.

Recientes investigaciones realizadas en Chile, muestran que la aplicación de la técnica de PAP según el protocolo ABCDE desarrollado por CIGIDEN Y basado en los principios de Hobfoll y col. (121), brinda un alivio subjetivo inmediato a los afectados por experiencias traumáticas recientes (≤ 72 hrs.) que consultan a servicios de urgencia, y previene el desarrollo de síntomas de TEPT un mes después, en comparación con quienes recibieron sólo psicoeducación (135).

Estos organismos recomiendan el uso de PAP por sobre el uso del “debriefing psicológico” entendido este como promoción de la ventilación emocional, donde se solicita a la persona que describa sistemáticamente sus percepciones, pensamientos y reacciones emocionales durante el acontecimiento traumático. El relato o narración reiterativa de la experiencia potencialmente traumática podría generar la consolidación de consecuencias de esta índole a largo plazo (134,136,137), por lo que la técnica de “Critical Incident Stress Debriefing” (CISD) basada en estos principios, no prevendría las consecuencias traumáticas en la salud de las personas, e incluso podría producir más daño a los afectados (138-140). Es importante señalar que esta técnica es diferente al “debriefing” operativo de rutina de los trabajadores humanitarios utilizado por algunas organizaciones al final de sus misiones o tareas de trabajo.

En caso que la evaluación psicosocial defina como pertinente la realización de intervenciones grupales, es importante considerar el desarrollo de este tipo de acciones en un momento en que se cuente con una mínima estabilidad emocional de los potenciales participantes. Se recomienda su uso a mediano plazo; tomando en cuenta los siguientes aspectos metodológicos propuesto por OPS (2006): las habilidades del facilitador (debidamente capacitado) y las características de los participantes del grupo (género, cultura, experiencia, idioma, tipo de afectación, características de su participación en el evento, edad, entre otros) (36).

Cuidado de los intervinientes

La literatura científica señala que es probable que el impacto emocional de experimentar o presenciar acontecimientos traumáticos se transmite a través del proceso de empatía (141) y que quienes brindan atención a sobrevivientes pueden experimentar síntomas de trauma secundario (142), especialmente entre voluntarios con menor preparación, quienes muestran mayores discrepancias entre las percepciones de riesgo y la capacidad de afrontamiento (143), particularmente se ha encontrado una mayor prevalencia de TEPT en voluntarios sin entrenamiento (144).

Una síntesis sistemática de 37 estudios empíricos (145), da cuenta de una relación significativa entre el apoyo social y salud mental de los primeros respondedores (bomberos, policías y paramédicos o servicios médicos de emergencia de personal). A partir de estos antecedentes se propone que, tanto el apoyo social recibido como el percibido son relevantes y deben ser coherentes; elementos tales como la entrega adecuada de información, el contar con canales de comunicación cercanos, un fomento del trabajo en equipo, un adecuado estilo de liderazgo, entre otros factores, puede tener un impacto protector mayor pues aumenta la percepción social de apoyo.

Protección de la Salud Mental en la Gestión del Riesgo de Desastres: Fase Recuperación

La ocurrencia de una emergencia o desastre implica un proceso de recuperación que comprende las etapas de rehabilitación y reconstrucción. Éste supone un período de transición y acciones superpuestas entre respuesta, rehabilitación y reconstrucción a múltiples niveles, por lo que en esta fase es probable que se ejecuten diversas acciones coordinadas para facilitar el proceso natural de recuperación y por tanto proteger la salud mental.

Uno de los componentes relevantes que posibilitan este proceso de recuperación, corresponde al desafío de recomponer la organización y lazos de la comunidad y para ello, se deben contemplar en la planificación, la continuidad de las intervenciones realizadas desde la respuesta, tanto a nivel individual como comunitario. Por ejemplo: acciones tendientes a la recuperación y fortalecimiento del tejido social, participación activa de la comunidad en la toma de decisiones en la reconstrucción de la infraestructura (vivienda, espacios comunitarios) y reactivación económica, continuidad en los procesos de atención y cuidados en salud.

En este contexto, Plough et al (2013) señalan que las comunidades organizadas disminuyen las desigualdades en el manejo de las emergencias y desastres, y enfatizan en la necesidad de construcción de redes sociales para favorecer la resiliencia individual (146). Por lo tanto, la activación de estas redes en situaciones de emergencia y desastres favorece el proceso de recuperación en tiempo e intensidad en estas comunidades resilientes. Además, son los resultados de una intervención comunitaria para aliviar los efectos negativos en una muestra de personas de la tercera edad luego del terremoto de Wenchuan, China, en 2008; estas intervenciones pudieron disminuir la percepción de efectos negativos (sensación de estar deprimido, aburrido y abandonado) en los participantes, mediante actividades grupales que fueron propuestas por los miembros de la comunidad). Además, estas actividades permitieron reconstruir y fortalecer las redes sociales del lugar (147).

Asimismo, el desarrollo, instalación y permanencia de ritos y figuras, como los memoriales, contribuiría a la recuperación comunitaria. Un análisis de la función de los memoriales instalados después de desastres en Japón, señala que éstos pueden responder a cuatro necesidades de la población, ellas son: **Informar** (entregar datos claros acerca del desastre ocurrido); **educar** (estimular el aprendizaje de la comunidad); **espiritualidad** (generados de manera espontánea por la comunidad para la reflexión); y **esparcimiento** (entretenimiento y recrear a la comunidad a través de un espacio de interacción social, comercial y cultural) (148).

La construcción de estos ritos y figuras, apoyarían lo propuesto por Hobfoll y col. (121), en cuanto a que se constituyen como un mecanismo que favorece la recuperación espontánea de la comunidad, al generar una identificación y otorgar significado a la experiencia vivida, propiciando el despliegue de estrategias de afrontamiento, lo cual es compartido con el resto de la comunidad, favoreciendo los procesos de resiliencia individual y comunitaria.

En este proceso Tatsuki (2002) aborda la recuperación de la vida cotidiana⁷ a partir del restablecimiento de siete factores que deben estar presentes en el proceso de recuperación, ellos son: 1) disponibilidad de vivienda, 2) calidad de los vínculos sociales, 3) posibilidades de participación en la comunidad, 4) herramientas para el manejo del estrés físico/mental, 5) actividades de preparación para afrontar futuros desastres, 6) disponibilidad de medios de subsistencia y 7) expeditas relaciones con la institucionalidad pública (incluyendo a los distintos niveles político y administrativos del Estado) (149,150).

⁷ Recuperación de la vida cotidiana



Fuente: Servicio de Salud Reloncaví

Siguiendo con esta misma idea y desde la perspectiva del Kokoronokea, se requiere abordar las necesidades de la vida cotidiana para favorecer la recuperación de la población, basado en el apoyo comunitario, activando agentes locales para gestionar la ayuda en términos amplios, como favorecer el acceso a los servicios de salud mental y cuidado psicosocial (151). Por ejemplo, la Prefectura de Hyogo señala que en la recuperación deben existir dos elementos centrales: 1) el escuchar y permanecer cerca de los afectos mediante un acompañamiento en las actividades de la vida diaria y 2) el entrenar habilidades o técnicas para la reducción del estrés y así ayudar a disminuir el malestar asociado al evento (151). Un ejemplo de ello corresponde a algunas actividades de la fase recuperación propuestas por el Gobierno Municipal de Sendai (152), estas están relacionadas con: definir las actividades del primer sistema de apoyo (equipo local), para dar paso al equipo externo de refuerzo si es necesario; cuidar y apoyar la salud mental de los intervinientes; favorecer las condiciones que permitan retomar las actividades y rutinas previas mediante los centros de atención en salud mental y bienestar.

En consecuencia, los procesos de recuperación en materia de salud mental de poblaciones afectadas por emergencias y desastres no solamente deben incluir una perspectiva individual, sino también un abordaje comunitario y además considerar una perspectiva integral que aborde la recuperación del bienestar asociadas a las condiciones de vida.

Atención terapéutica a personas que presentan trastornos de salud mental asociados a las emergencias y desastres

El sufrimiento, el dolor y la necesidad de apoyo emocional son condiciones que afectan a la mayoría de las personas y se consideran respuestas psicológicas naturales y transitorias ante eventos traumáticos significativos. Sin embargo, para una minoría de la población, la extrema adversidad provoca manifestaciones emocionales francamente patológicas como trastorno depresivo, estrés agudo, trastorno de estrés postraumático y duelo prolongado. También las personas con condicio-

nes preexistentes severas como psicosis, discapacidad intelectual y epilepsia se convierten en más vulnerables. Por último, el uso excesivo de alcohol y drogas plantean serios riesgos para la salud e incrementa la violencia en sus diferentes modalidades (153).

Considerando lo anterior, se hace fundamental distinguir las reacciones normales y esperables, de aquellas reacciones que interfieren de forma más severa y persistente en el funcionamiento y bienestar de la persona y su entorno, y que, por tanto, requieren de ayuda especializada como en el caso de estrés post traumático, entre otros trastornos ansiosos, trastornos depresivos y problemas asociados al consumo de sustancias, etc. Lo anterior permitirá una detección oportuna y la adecuada atención en la red pública o privada de salud, considerando la continuidad de cuidados y un abordaje integral.

Los tratamientos que cuentan mayor evidencia para abordar los síntomas de estrés asociados a un evento potencialmente traumático son las que abordan variables conductuales más que médicas (154), dejando esta última alternativa cuando la intervención psicológica no tiene suficientes beneficios por sí sola, es rechazada, no está disponible, o cuando la persona tiene una afección comórbida donde se indica medicación (155). De acuerdo a la Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático (ISTSS), mediante la revisión de su “Guía de Tratamientos efectivos para el TEPT” (156), recomienda con un nivel de evidencia de primera categoría, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y Desensibilización y Reprocesamiento a través de Movimientos Oculares (EMDR por sus siglas en inglés); además de fármacos solo como terapias farmacológicas de apoyo a la psicoterapia. El uso de medicamentos esenciales para el manejo de otras patologías específicas es de exclusiva responsabilidad de los médicos especialistas o con entrenamiento en salud mental. El uso de benzodiacepinas debe ser sumamente restrictivo

En un contexto de emergencia, herramientas prácticas y fáciles de usar resultan muy necesarias. La guía de intervención humanitaria mhGAP-H (2015) publicada por la OMS (159), describe las intervenciones esenciales -basadas en evidencias científicas- para condiciones mentales, neurológicas y por consumo de sustancias en situaciones de emergencia. Esta guía contiene recomendaciones, para manejo de primera línea dirigida a proveedores de atención primaria en situaciones de emergencia. Incluye las siguientes condiciones:

- Estrés agudo
- Duelo
- Trastorno depresivo moderado a grave
- Trastorno por estrés postraumático
- Psicosis
- Epilepsia y crisis epilépticas
- Discapacidad intelectual
- Uso nocivo de alcohol y drogas
- Suicidio

En relación a los tratamientos grupales, a raíz de la falta de consenso para su recomendación como tratamiento de primera línea, dos revisiones sistemáticas encontraron que es mejor para los síntomas del trauma que ningún tratamiento, pero no frente a grupos de psicoterapia activos; este efecto además dependerá del género y el tipo de trauma (157,158)



SEGUNDA PARTE: **MODELO DE PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA GRD**

A continuación, se presenta el “Modelo de protección de la salud mental en la gestión del riesgo de desastres” para ser aplicado en situaciones potencialmente traumáticas, tales como emergencias y desastres. Para comprenderlo, antes es necesario clarificar qué entenderemos como un modelo.

Del latín, *modus*, modelo es entendido como un procedimiento o conjunto de procedimientos para realizar una acción. Por otro lado, del italiano *modello*, modelo es un esquema teórico de un sistema o de una realidad compleja (160). Sin duda, ambas definiciones aportan conceptos que ayudarán a comprender la estructura de este modelo; no obstante, en la actual propuesta, comenzaremos utilizando la definición por acción (del latín *modus*), esto porque otorga una serie de orientaciones y recomendaciones del cómo actuar en un momento determinado, que aplicado a emergencias, desastres y catástrofes, corresponderá al ciclo de manejo del riesgo. Por tanto, este modelo no pretende dar cuenta de la globalidad de los fenómenos que ocurren en estas situaciones, sino mostrar un conjunto de acciones a ser implementados en la prevención, respuesta y recuperación.

Es probable que en la medida en que se sigan estudiando los factores que influyen en la protección de la salud mental en emergencias y desastres, se logre avanzar hacia una comprensión más profunda de las acciones aquí propuestas. Al respecto, es importante señalar que aun cuando el modelo definirá límites, responsabilidades, acciones y tiempos de acción claros, no describirá precisamente cómo debe ser implementado. Ello debido a que todas las emergencias y desastres son distintos, así como la realidad geográfica, social, de recursos y otras que se dan en la zona o en las personas afectadas. Por lo tanto, a continuación en este documento se describe con claridad al menos qué se debe hacer, cuándo hacerlo y quién es el responsable de realizarlo según las características del evento.

La construcción del presente modelo es resultado de un trabajo realizado interinstitucionalmente en un proyecto de cooperación Chile-Japón, bajo el auspicio de la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), en el cual participaron el Ministerio de Salud (MINSAL), la Oficina Nacional de Emergencias del Ministerio del Interior (ONEMI) y el Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGIDEN). En consecuencia de ello, este modelo cumple las siguientes características:

- Está elaborado con evidencia científica, incluyendo mejores prácticas, guías, experiencias y recomendaciones nacionales e internacionales.
- Está adaptado del conjunto de buenas prácticas derivadas de *Kokoronokea*, concepto japonés que se traduce literalmente como “cuidado del corazón”, pero que se interpreta como “salud mental”, la que en este caso, será aplicada a emergencias y desastres.
- Está pensado para ser aplicado a la realidad nacional, incluyendo por ello actores que integran el Sistema Nacional de Protección Civil Chileno.
- Es aplicable a cualquier evento potencialmente traumático, ya sea individual o colectivo, tales como emergencias, desastres y catástrofes.

Principios

El presente Modelo se basa en un conjunto de principios y enfoques que fundamentan su estructura y las orientaciones que éste entrega, para el desarrollo de acciones de protección de la salud mental en situaciones de emergencias y desastres, en todas las fases del ciclo de manejo del riesgo incluyendo los siguientes principios y enfoques:

Derechos humanos y equidad

Este procura construir un orden centrado en la creación de relaciones sociales basadas en el reconocimiento y respeto mutuo y en la transparencia, de modo que la satisfacción de las necesidades materiales y subjetivas de todas las personas y colectividades, sin excepción alguna, constituya una obligación jurídica y social (161).

Ante todo, no dañar

Se debe evitar que las acciones destinadas a brindar ayuda sean contraproducentes. Quienes desarrollen acciones de protección de la salud mental y asistencia humanitaria tiene posibilidad de causar daños, dado que su actuación atañe a cuestiones sumamente delicadas. Por lo anterior, se deben tomar los resguardos respectivos de revisar permanentemente sus propias prácticas, y buscar que estas se encuentren alineadas a las recomendaciones nacionales e internacionales, incluidas las contenidas en este modelo.

Prevención

La prevención constituye el mecanismo por excelencia para reducir pérdidas de vidas humanas, daños materiales, económicos y sociales. En este sentido, la prevención debe ser aplicada tanto en el ordenamiento territorial, en la preparación individual y comunitaria, como en las distintas planificaciones sectoriales y en la actuación coordinada de los distintos actores comunitarios e institucionales entre otros. (162)

Participación

Implica la participación activa de la comunidad en los distintos procesos que conllevan las situaciones de emergencia y desastre. La persona es agente de su propio cambio, la participación posibilita que los diferentes grupos locales recuperen o retengan el control sobre todas las decisiones que afectan a sus vidas, y que establezcan un sentido de apropiación local imprescindible para lograr la calidad, equidad y sostenibilidad de las acciones. Quienes lleven a cabo acciones de protección de la salud mental deberán promover la participación de la población en todas las etapas de la gestión del riesgo.

Ayuda Mutua

De acuerdo a este modelo, este principio se refiere a los conceptos de coordinación, cooperación, reciprocidad y el trabajo en equipo. Implica un beneficio mutuo para todos los actores participantes en la Gestión del Riesgo de desastres y tiene como fundamento el trabajo mancomunado con la comunidad, en donde instituciones y organizaciones del ámbito público y privado, junto con organizaciones del voluntariado y la comunidad organizada, aúnan esfuerzos y disponen recursos en pos de un objetivo común de gestionar el riesgo. Lo anterior se encuentra estrechamente vinculado con el principio de coordinación intersectorial (49).

Intersectorialidad

La Intersectorialidad se entiende como un proceso de integración que depende del nivel de inclusión entre los sectores; por lo tanto, de acuerdo a su grado de integración se reconocen cuatro niveles: Información, Colaboración, Coordinación e Integración. De esta forma, el accionar entre los sectores pasa por una conciencia de la necesidad del trabajo conjunto y no individual, el cual se refleja en un cambio de estructuras y gestión. Para abordar la salud mental en la GRD, es deseable alcanzar niveles de integración máxima, donde el trabajo integrado implica la definición de una política o programa junto con otros sectores (163). Es necesario que confluyan en un mismo fin las competencias de los actores, reconociendo la autonomía e independencia de cada uno de ellos, direccionando su

actuar en forma concreta y sistémica hacia fines y propósitos comunes (ONEMI, 2016), con el objeto de disminuir los efectos del impacto de los desastres y promover la resiliencia de las personas y comunidades, bajo criterios de relevancia, pertinencia y factibilidad.

Uso escalonado de recursos

Plantea la utilización eficiente de los medios disponibles, es decir un uso o movilización gradual de recursos (humanos, técnicos, materiales y económicos) por parte del SNPC. Esta movilización gradual dentro de la operatividad del SNPC implica que quienes estén proporcionando el apoyo, promuevan la auto-organización de las comunidades, la ayuda mutua y fortalecimiento de los recursos y capacidades ya existentes. En situaciones de emergencia se emplean en primera instancia todos los recursos disponibles en la comuna afectada, escalonando posteriormente a los niveles políticos administrativos superiores o viceversa (49).

Enfoques

Enfoque Determinantes Sociales de la Salud

Considera que la salud de las personas está determinada en gran parte por las condiciones sociales en que estas viven y trabajan, es decir, las condiciones en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen pueden dar forma a la salud de las poblaciones, a través de las dimensiones estructurales de las naciones, como pueden ser la distribución del dinero, el poder político y el uso de los recursos a distintos niveles (164). Se ha estimado que aproximadamente el 50% del estado de salud puede estar determinado por estos factores, dentro de los cuales el sistema de salud, los genes y el ambiente físico sólo sumarían el 25%, el 15% y el 10% respectivamente (Canadá, 2009). El 50% restante se explicaría por los factores psicosociales.

Enfoque Curso de Vida

Explica que la acumulación de factores a largo plazo, genera riesgos y contribuye a determinar la ausencia o presencia de una enfermedad mental, entre otros problemas de salud. Es decir, los múltiples determinantes sociales interactúan a lo largo de la vida y entre generaciones, produciendo efectos acumulativos en la salud de las personas de formas diferenciadas. En situación de emergencia o desastre, los efectos de estas condiciones pre-existentes se acentúan, exponiendo a la población a diversas formas de vulnerabilidad social (69).

Plantea que los resultados de salud para individuos, familias y comunidades, se relacionan con la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo del curso de vida. Estos factores se relacionan con las influencias psicológicas, conductuales, biológicas y ambientales, así como el acceso a los servicios de salud.

Enfoque Comunitario

Busca mejorar la capacidad de resistir, responder y recuperarse mejor de los desastres, con un acento en procesos participativos comunitarios. La participación comunitaria, se define como aquel proceso activo de expresión genuina y libre, eminentemente colectiva, que constituye un elemento crucial para la definición e implementación de iniciativas de desarrollo, donde las personas asumen un mayor control sobre los procesos de toma de decisiones y son parte desde la planificación misma (165). Por tanto, de acuerdo a la OMS/OPS la participación comunitaria permite la construcción de una ciudadanía capaz de identificar sus problemas y necesidades, establecer sus prioridades, elaborar propuestas y contribuir a la toma de decisiones; que no solo beneficia las metas, pues si se lleva a cabo adecuadamente, es una vía de acción, capaz de aportar al desarrollo del capital social de la comunidad. Éste implica el aumento en los grados de confianza entre sus miembros, capacidad de asociatividad, compromiso cívico, y valores éticos positivos, que crecen con la participación.

Propósito

Proteger la salud mental de la población en todo el ciclo de manejo del riesgo, mediante la disposición de lineamientos y orientaciones que apuntan a la reducción de vulnerabilidades y a la promoción y fortalecimiento de las capacidades de todos los actores pertenecientes al Sistema Nacional de Protección Civil.

Objetivos

Objetivo general

Orientar a los integrantes del Sistema Nacional de Protección Civil en el diseño, coordinación e implementación de acciones de protección de la salud mental aplicables en la GRD, a partir de un marco de referencia técnico basado en la evidencia y en experiencias nacionales e internacionales.

Objetivos específicos

1. Favorecer el uso de un lenguaje común para la protección de la salud mental de la población en la GRD.
2. Orientar la incorporación del componente de protección de la salud mental en situaciones de emergencias y desastres en las acciones de planificación del SNPC.
3. Promover el desarrollo de acciones en torno a ejes estratégicos fundamentales para la protección de la salud mental en la GRD.
4. Fortalecer el trabajo intersectorial para la protección de la salud mental y la resiliencia individual y comunitaria durante todas las etapas del ciclo de manejo del riesgo.

Descripción General del Modelo

La protección de la salud mental comprende un conjunto de actividades que comienzan antes que el evento ocurra, se prolonga hacia la etapa de respuesta y se proyecta en las etapas posteriores de rehabilitación y reconstrucción. Así mismo, incorpora a diversos actores del Sistema Nacional de Protección Civil puesto que la responsabilidad por la protección de la salud mental es transversal a todo el quehacer humano y no algo exclusivo de los profesionales de la salud.

Por ello, este modelo está compuesto en dos componentes fundamentales:

1. **Ejes Estratégicos:** corresponden a ocho áreas fundamentales de gestión que deben abordarse en el ámbito de la salud mental en la gestión del riesgo. En éstas se describen genéricamente las acciones a realizar en cada etapa del ciclo de manejo del riesgo y cuando es posible, el tipo de herramientas, actividades, estándares, procedimientos o protocolos que deben guiar el trabajo.
2. **Temporalidad:** describe las actividades a realizar en todo el ciclo de manejo del riesgo, alineándose así con recomendaciones y normativa nacional e internacional.

La interacción de estos componentes considera a la **población objetivo**, es decir, a los grupos involucrados en la GRD y otros que según sus vulnerabilidades específicas pueden verse afectados y requieren de un trabajo o programas diferenciados; y a los **responsables de la ejecución**, quienes lideran la ejecución de las acciones de protección.

Ejes Estratégicos

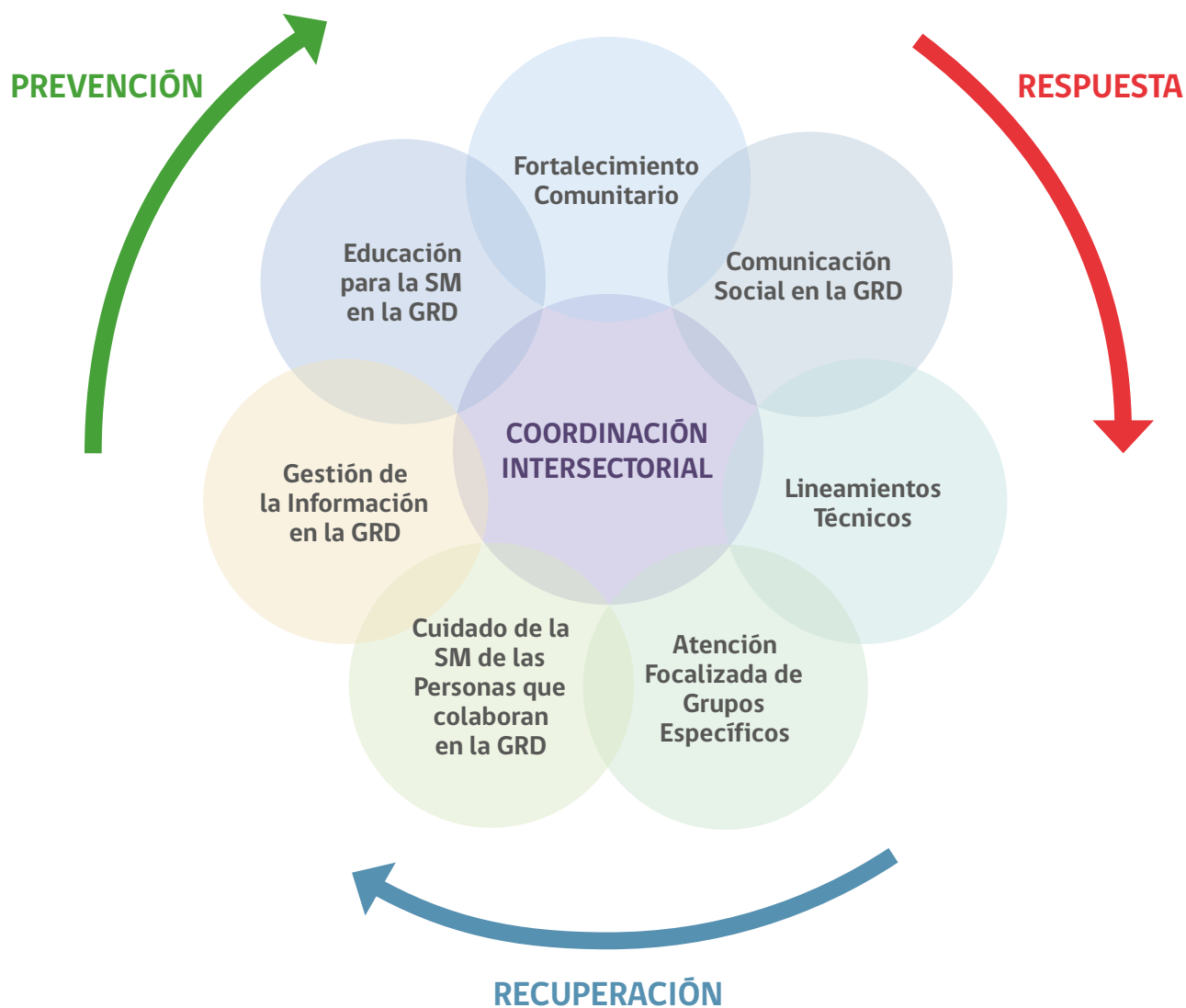
Estos ejes estratégicos fueron definidos a partir de la revisión de los principales manuales internacionales en la temática: Guía IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes, Guía Técnica de Salud Mental en Situaciones de Desastres de la Organización Panamericana de la Salud, y Manual Esfera (36,38,166); así como lo recogido de las prácticas japonesas de Kokoronokea en emergencias y desastres y de la experiencia de los organismos nacionales CIGIDEN, MINSAL y ONEMI.

Fueron identificados por su relevancia, por ser las mejores prácticas transversales al ciclo de manejo del riesgo y por contar con evidencia científica que las respaldan para la protección de la salud mental en la gestión de riesgo.

Los ejes estratégicos son:

- Coordinación del SNPC en la salud mental en la GRD
- Gestión de la información
- Comunicación social en la GRD
- Fortalecimiento comunitario
- Educación para la protección de la salud mental en la GRD
- Trabajo focalizado con grupos específicos
- Protección de la salud mental de las personas que colaboran en la GRD
- Lineamientos técnicos para la intervención

A continuación, se describe cada uno de los ejes estratégicos considerando su definición, objetivos y fundamentación.



Coordinación del SNPC en salud mental en gestión de riesgo

Definición: comprende las relaciones de colaboración e integración permanente del SNPC que buscan articular los recursos técnicos, materiales y humanos para proteger la salud mental frente a situaciones potencialmente traumáticas.

Fundamentación: La coordinación del SNPC permitirá identificar y consensuar los aspectos comunes para la planificación, implementación, monitoreo y evaluación de los procesos y productos de GRD. Una adecuada coordinación entre las organizaciones puede mejorar el flujo de recursos, transparencia, eficacia e impacto de los esfuerzos de prevención, respuesta y recuperación. Esta coordinación intersectorial se materializa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta (MINSAL, 2013).

Objetivo: Definir e implementar los mecanismos, procedimientos y recursos del SNPC articulados para la Protección de la Salud Mental en la GRD.

Gestión de la información

Definición: Se refiere al conjunto de acciones que cada uno de los integrantes del SNPC realiza para la identificación, levantamiento, análisis y procesamiento de información a nivel sectorial e intersectorial.

Fundamentación: Un sistema de gestión de la información que continuamente proporcione datos validados y presentados de manera sencilla, será útil para la toma de decisiones por parte de los integrantes del SNPC, durante todo el ciclo de manejo del riesgo. Muchas de las evaluaciones de respuesta a desastres han hecho hincapié en la insuficiente capacidad de los sistemas de información de los países para satisfacer las necesidades de datos validados, presentados en forma sencilla, comprensible y útil para la toma de decisiones (38). Los procesos de evaluación, diagnóstico, seguimiento y análisis de la información proporcionan a los equipos de apoyo psicosocial: comprensión de la situación de emergencia; análisis de las amenazas a la salud mental y el bienestar psicosocial y de las capacidades para hacer frente a la situación; y un análisis de los recursos pertinentes para determinar las acciones a realizar, en qué grado y con qué actores.

Objetivo: Disponer de información válida y oportuna para el diagnóstico, planificación, diseño de acciones, evaluación y seguimiento que favorezcan la toma de decisiones para la protección de la salud mental en la gestión del riesgo de desastres.

Comunicación social en la gestión del riesgo de desastres

Definición: Se refiere al diseño e implementación de estrategias comunicacionales que permitan fomentar una cultura de la prevención y que promueva la protección de la salud mental, sin transgredir los principios básicos humanitarios, éticos y técnicos.

Fundamentación: A lo largo del ciclo de manejo del riesgo se produce un intercambio de información, conocimientos y actitudes respecto a riesgos concretos entre tomadores de decisiones, expertos, grupos de interés y población general (167). En este proceso, las personas pasan por etapas (oír, confirmar, entender, creer y personaliza, decidir, responder) que configuran sus percepciones de riesgo y su comportamiento posterior, que pueden ser afectados por los componentes de la comu-

nicación (168). Las acciones de los medios de comunicación influyen sobre las actitudes y emociones de las personas, impactando sobre su seguridad emocional (127). El comunicador puede incidir en cómo las personas y comunidades identifican sus riesgos, vulnerabilidades y capacidades para afrontar las emergencias y desastres de manera informada y auto-eficaz. Además, puede convertirse en un movilizador de recursos, capaz de realizar llamados masivos que motiven la cooperación, la solidaridad y el cuidado de las personas afectadas por emergencias o desastres. De igual manera, el uso inadecuado de la información e imágenes pueden tener un efecto potencialmente negativo en la salud mental en las personas expuestas de manera directa o indirecta a las emergencias y desastres (132).

Objetivo: Orientar las acciones de quienes entregan información (autoridades, comunicadores, medios de comunicación, entre otros), de modo que contribuya a la protección de la salud mental a través de la comprensión del entorno y la consiguiente toma de decisiones de la población frente al riesgo de desastres.

Fortalecimiento comunitario

Definición: Conjunto de acciones para generar y/o desarrollar capacidades comunitarias, promotoras de la protección de la Salud Mental en Emergencias y Desastres en todo el ciclo de manejo del riesgo.

Fundamentación: los niveles locales están en la base del Sistema Nacional de Protección Civil; es en este nivel donde se encuentran los mecanismos de apoyo social y de autoayuda que ocurren naturalmente y por lo tanto donde se deben focalizar las acciones de fortalecimiento y desarrollo de procesos con las comunidades para la GRD. La comunidad es un agente relevante y activo en la GRD, es decir, no sólo un sujeto de atención, sino un actor clave en su propia realidad de riesgos y recursos, por lo que se requiere fortalecer la organización, participación, empoderamiento y resiliencia comunitaria. Por ello es necesario que la comunidad fortalezca sus capacidades a través de la prevención y preparación, así como desarrollar la cooperación y comunicación entre los distintos grupos comunitarios y actores del SNPC. Se requiere facilitar, fomentar la organización y participación comunitaria, el apoyo a la comunidad, comprender la estructura del poder local y las fuentes potenciales de conflicto comunitario, trabajando con diferentes subgrupos de manera integrada.

Objetivo: Facilitar y fomentar la organización y participación comunitaria como un factor protector de la salud mental de modo que la comunidad sea parte y eje central de todas las discusiones, decisiones y acciones en estas materias.

Educación para la protección de la salud mental en la GRD

Definición: se refiere a las acciones de carácter preventivo y de preparación para afrontar las situaciones de emergencia y desastres, implementadas en el ámbito educativo formal y no formal⁸.

Fundamentación: A partir de la Educación para la GRD, se busca construir conocimientos, socializar la información, generar autogestión y autoprotección en la población. Contempla la inclusión de los

⁸ Según la Ley general de Educación de Chile, se entiende por:

La enseñanza formal o regular es aquella que está estructurada y se entrega de manera sistemática y secuencial. Está constituida por niveles y modalidades que aseguran la unidad del proceso educativo y facilitan la continuidad del mismo a lo largo de la vida de las personas.

La enseñanza no formal es todo proceso formativo, realizado por medio de un programa sistemático, no necesariamente evaluado y que puede ser reconocido y verificado como un aprendizaje de valor, pudiendo finalmente conducir a una certificación.

conceptos de RRD y GRD en los programas curriculares, la formación de los docentes, acciones educativas en el aula y los espacios de la comunidad educativa como el barrio, la comunidad y la organización social territorial/vecinal y las grandes audiencias de los medios masivos de comunicación. Al mismo tiempo, se subraya la importancia de la recuperación del conocimiento local, tomando en cuenta los saberes ancestrales de las comunidades sobre su entorno y prácticas tradicionales de prevención y auto aseguramiento.

Objetivo: Desarrollar acciones de formación que permitan fortalecer las capacidades individuales y colectivas, de autogestión y preparación de toda la población para la protección de la salud mental en la GRD.

Trabajo focalizado con grupos específicos

Definición: Se refiere a la atención de necesidades particulares de grupos priorizados en función de sus condiciones de vulnerabilidad, determinadas según múltiples criterios. Una clasificación que permite identificar algunos de estos grupos es la presentada en el texto Poblaciones Especiales y su inclusión en la intervención psicosocial en situaciones de Emergencia y Desastre 2010, Marín (169) (ver Anexo 02).

Fundamentación: Las distintas condiciones de vida de las personas implican una mayor o menor vulnerabilidad en situaciones de desastres que deben ser consideradas al momento de diseñar, planificar y ejecutar programas y planes de intervención con comunidades en la temática de la Gestión del Riesgo de Desastres para proteger la salud mental de toda la población.

Objetivo: Realizar acciones focalizadas a lo largo de todo el ciclo de manejo del riesgo para el desarrollo de capacidades y fomento de la resiliencia de grupos específicos con la consecuente disminución de sus condiciones de vulnerabilidad, dado sus contextos y necesidades particulares.

Protección de la salud mental de las personas que participan en la gestión del riesgo

Definición: corresponde al cuidado y autocuidado de la salud mental de las personas que participan en la GRD, en todas las fases del ciclo de manejo del riesgo.

Fundamentación: la exposición a situaciones altamente estresantes puede tener efectos negativos sobre la salud mental. Esto afecta particularmente a los respondedores, puesto que se exponen a largas jornadas de trabajo, bajo condiciones adversas, en contextos de alto impacto emocional, etc. que pueden influir en su desempeño, de modo que resulta prioritario proteger la salud mental de éstos.

Objetivo: Desarrollar acciones sistemáticas y planificadas en todas las fases del ciclo de manejo del riesgo, para proteger, prevenir y mitigar los posibles efectos negativos sobre la salud mental de los respondedores, en los diferentes niveles organizacionales.

Lineamientos técnicos para la intervención

Definición: corresponde al conjunto de orientaciones técnicas para proteger la salud mental de la población afectada por una emergencia o desastres, tanto a nivel individual como grupal, de acuerdo a la evidencia científica y recomendaciones internacionales.

Fundamentación: La evidencia científica y la experiencia acumulada permiten identificar aquellas técnicas que tienen un mayor impacto positivo en la capacidad de recuperación de las personas

afectadas por una emergencia o desastre. En este contexto, existen acciones focalizadas a nivel individual y grupal que podrán ser desarrolladas por agentes comunitarios, técnicos y profesionales, según corresponda, debidamente capacitados.

Objetivo: optimizar la eficacia de las intervenciones y evitar el uso de acciones con potencial iatrogénico para mantener el principio de trabajo de “ante todo, no dañar”.

Temporalidad

Se refiere a las acciones a realizar en las distintas fases del ciclo de manejo del riesgo para proteger la salud mental.

Prevención

En términos de salud mental, son las acciones que apuntan a fortalecer las capacidades psicosociales de las personas y comunidades, así como a prevenir, evitar o suprimir las consecuencias en su calidad de vida de las personas ante eventos adversos.

Etapas de Prevención: en el ámbito de la salud mental son aquellas acciones que evitan que las personas se expongan a la situación potencialmente traumática, y por ende, evitar las consecuencias negativas de esos eventos en la vida. Ejemplos de ellos son: tener conocimiento de las amenazas y de sus posibles efectos en la salud, no exponerse por periodos prolongados a imágenes explícitas de desastres en los medios de comunicación, evitar situaciones de riesgo tales como acercarse a la playa con alerta de marejadas, no estar a campo travieso habiendo tormentas eléctricas entre otras

Mitigación: son aquellas acciones que disminuyen o reducen el impacto de los eventos en la salud mental de la población, como por ejemplo, desarrollar programas de fortalecimiento comunitario del tejido social que promuevan la cooperación, confianza, solidaridad, ayuda mutua, el compañerismo y la cohesión social, permitiendo de esta manera amortiguar el impacto psicosocial del evento; implementar acciones de mitigación en el hogar, como anclaje de muebles, refuerzo de estructuras, asegurar los muebles y objetos en altura.

Preparación: En términos de salud mental, son las acciones previas para estar en mejores condiciones para hacer frente a un evento adverso y reducir al mínimo las potenciales consecuencias negativas de éste. Por ejemplo, sensibilización y capacitación a la comunidad en relación a los riesgos a los cuales están expuestos y conductas necesarias para enfrentarlos; implementación de programas de psicoeducación de los síntomas psicológicos esperados después de un desastre; entrenamiento en la técnica de la Primera Ayuda Psicológica o Primeros Auxilios Psicológicos; elaboración de planes de emergencia; realización y participación en simulacros; capacitación en técnicas de manejo del estrés, implementación del kit de emergencias, definición de mecanismos de comunicación con los familiares.

Alerta: en el ámbito de la salud mental, corresponde a la entrega de información clara, no contradictoria, actualizada y oportuna para disminuir la incertidumbre ante un evento potencialmente traumático. Esto se puede implementar, por ejemplo, con vocerías de las autoridades acerca del evento y las acciones que se están adoptando; seguir las instrucciones oficiales, entre otras.

Respuesta

En la esfera de la salud mental, son todas aquellas acciones tendientes a atender las consecuencias psicosociales directas del evento tanto en las personas como en la dinámica interpersonal y social, y en el entorno de los afectados. Por otra parte, la respuesta debe ser lo suficientemente flexible y capaz de responder a una situación cambiante que puede superar las capacidades locales, y por lo tanto, pudiese ser necesario solicitar apoyo externo. Ejemplos de acciones son: proporcionar primeros auxilios psicológicos a las personas que lo requieran, brindar apoyo específico a grupos particularmente vulnerables, promover la autogestión y la ayuda mutua de la comunidad afectada promoviendo su participación activa en la gestión de albergues, entre otros.

Recuperación

Las acciones para la protección de la salud mental en la fase de recuperación, luego de la primera respuesta, revisten particular importancia dado que las pérdidas que ocasionan estos sucesos suelen ser múltiples, a nivel individual y sobretodo colectivo. Los desafíos propios de esta etapa son el reto de reconstruir la vida cotidiana, la estructura social y organizativa para una pronta vuelta a la normalidad. Esta fase no tiene tiempo definido, pudiendo extenderse desde meses hasta incluso varios años, puesto que requiere de la acción coordinada y eficiente de múltiples actores del SNPC y de la comunidad involucrada.

Rehabilitación: La certeza y seguridad son elementos primordiales para la protección de la salud mental, por ello, el restablecimiento de los servicios sanitarios, energía eléctrica, reposición de cadenas de suministro, son necesarios para que la población afectada pueda volver a la normalidad en el menor tiempo posible. Aun cuando no sea siempre posible recuperar prontamente estos servicios, tener una proyección temporal de su normalización permitirá a la población tomar decisiones informadas. Por ejemplo, es importante saber cuándo se recuperarán los servicios de salud mental o dónde recurrir mientras se restablecen, se deben mantener las actividades ya iniciadas durante la etapa de respuesta, tales como seguir brindando primeros auxilios psicológicos, mantener las acciones de comunicación social, fomentar la autogestión de los afectados comprometiéndolos en la toma de decisiones, entre otras.

Reconstrucción: Las emergencias y desastres generan la posibilidad de entregar oportunidades a las poblaciones afectadas para definir un nuevo estilo de vida que incorpore mejoras en su desarrollo. La realización de procesos de reconstrucción inclusivos, con participación activa de la comunidad, contribuye al desarrollo de factores protectores esenciales para su salud mental. Por ejemplo, la participación social en el proceso de reconstrucción genera espacios de encuentro, sentido de autoeficacia y construcción de un proyecto con sentido social, son factores concretos de la esperanza que se pueden infundir en una población afectada, lo cual se traduce en cuidado de su salud mental. Otro ejemplo dice relación con la oportunidad de implementar mejoras en la atención de salud mental en función de los aprendizajes generados a partir del evento adverso.

Responsables de la ejecución

Tal como fue señalado, los distintos participantes del SNPC pueden aportar para evitar o mitigar los efectos potencialmente traumáticos de las emergencias o desastres, en base a su rol y función en la GRD (51).

Coordinadores SNPC

Son el Director Comunal de Protección Civil y Emergencias, Director Provincial de Protección Civil y Emergencias, Director Regional de ONEMI y Director Nacional de ONEMI. En sus respectivos niveles político-administrativos les corresponde coordinar al Sistema de Protección Civil en prevención, respuesta y recuperación, así como asesorar a la autoridad en las acciones de prevención, mitigación, respuesta y rehabilitación frente a emergencias, desastres y catástrofes.

Autoridad

Asociado a la toma de decisiones y presidencia de los Comité de Protección Civil y Comité de Operaciones de Emergencias, corresponden a Alcalde, Gobernador, Intendente y Ministro del Interior y Seguridad Pública.

La toma de decisiones para diseñar, planificar e implementar acciones que favorezcan la seguridad de las personas, sus bienes y su medio ambiente, se realiza con base a la información técnica proporcionada por los organismos competentes durante el ciclo de manejo del riesgo.

Servicios y/u organismos científico técnicos

Corresponde a aquellos organismos del SNPC que por su competencia y especificidad en materias determinadas, lideran el desarrollo de acciones específicas y aportan con información técnica para la toma de decisiones de las autoridades, dentro del ciclo de manejo del riesgo. Por ejemplo, Corporación Nacional Forestal en el caso de los incendios forestales; Centro Sismológico Nacional en el caso de los sismos; Ministerio de Salud en materias de Salud Mental, entre otros.

Se incluye también a los servicios públicos, empresas privadas y organismos que, desde sus competencias, aportan con recursos humanos y técnicos a la ejecución de estas acciones desde diversas plataformas de coordinación, tales como Comités de Protección Civil, Operaciones de Emergencias y/o Mesas Técnicas. Tal es el caso de la Mesa Técnica en Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias y Desastres, que bajo la coordinación de ONEMI y el liderazgo técnico de MINSAL, articula a diversas organizaciones y servicios, aportando al desarrollo de la temática durante todo el ciclo de manejo del riesgo.

Organizaciones vinculadas al desarrollo del conocimiento

Corresponde a organizaciones que investigan, difunden, agrupan y/o participan de comunidades nacionales e internacionales pertenecientes a un ámbito del quehacer humano en la gestión del riesgo de desastres. Bajo esta categoría participan organizaciones tales como Universidades, Centros de formación técnico profesional, colegios profesionales, sociedades científicas, centros de investigación, etc.

Organismos de respuesta

Son aquellos que trabajan en esta fase del ciclo de manejo del riesgo, en diferentes funciones de primera línea, como atención de heridos, combate de incendios, rescate de personas, orden público y seguridad, ayuda humanitaria y otras labores operativas de terreno. Les corresponde realizar accio-

nes de respuesta y control de la emergencia o desastre, de acuerdo a sus competencias, facultades y recursos, en coordinación con el respectivo Comité de Operaciones de Emergencias.

Adicionalmente, pueden ser considerados otros organismos que, sin ser de primera línea, desempeñan funciones en la respuesta. Tal es el caso de organismos de voluntariado, equipos de evaluación y diagnóstico y organizaciones internacionales, entre otros.

Comunidad organizada

Está referida a organizaciones de carácter territorial (organizadas a partir del territorio, ejemplo las Juntas de Vecinos) y funcional (organizadas a partir de intereses y objetivos comunes, por ejemplo, organizaciones deportivas, juveniles, indígenas, entre otros), de interés público, sin fines de lucro y con personalidad jurídica, que representan y promueven valores e intereses específicos de la comunidad (170).

La comunidad organizada corresponde al pilar fundamental para el trabajo y abordaje mediante el enfoque comunitario y la Gestión Integral del Riesgo, ya que se constituye como una línea de comunicación directa con la comunidad representada en sus distintas organizaciones.

Les corresponde contribuir con el desarrollo de una cultura de la prevención, específicamente: transmitir la memoria histórica sobre impactos de eventos registrados y su percepción del riesgo; Adquirir un compromiso de auto-protección; reconocer y aplicar prácticas adecuadas frente a los riesgos y participar activamente en acciones de prevención, mitigación y preparación frente a los riesgos, entre otros.

Medios de comunicación

Se refiere a los mecanismos a través de los cuales se transmite una información de forma colectiva, tales como canales de televisión, radio, medios de prensa escrito, redes sociales basadas en internet, etc.

Contribuyen al desarrollo de una cultura de la prevención a través de generar conciencia sobre las acciones preventivas frente a amenazas y GRD; proporcionar información sobre amenazas, sectores vulnerables y recomendaciones frente a eventos; alertar a las comunidades; proveer información acerca de la evolución, medidas de control y manejo de los eventos de emergencia; informar sobre la ayuda a los damnificados; disminuir rumores, promoviendo la normalidad y facilitando la recuperación de la confianza y esperanza; entre otros.

Población Objetivo

Las poblaciones susceptibles de ser afectadas por eventos potencialmente traumáticos tales como emergencias y desastres pueden clasificarse según Taylor (1987) en relación a la cercanía física del lugar donde ocurre el evento (171). Distingue seis grupos:

Los directamente involucrados

Corresponde a quienes vivieron directamente el evento potencialmente traumático. Por ejemplo, si se tratara de un accidente de tránsito serían los conductores y pasajeros involucrados o los pasajeros y tripulantes de un avión siniestrado.

Los familiares de los directamente involucrados

Constituyen los familiares (ya sea políticos o consanguíneos) o amigos cercanos de las personas directamente afectadas, heridas, fallecidas o desaparecidas. Dependiendo de la intensidad de su apego emocional a las víctimas principales, es posible que necesiten atención y apoyo más prolongados.

Quienes van a prestar ayuda o intervienen en el evento

Corresponde a todos los que acuden ante la ocurrencia de un evento potencialmente traumático y que durante el curso de su labor de ayuda a los afectados y la emergencia propiamente, se encuentra expuestos al estrés y la fatiga ocupacional. Por ejemplo: bomberos, carabineros, equipos de salud y voluntariado, entre otros.

La comunidad afectada

Personas que, sin ser directamente afectadas, cohabitan con quienes sí lo fueron. Puede tratarse de una comunidad cercana al lugar afectado o una comunidad en el sentido figurado, por ejemplo “la comunidad educativa” o la “comunidad de vecinos del edificio”.

Quienes conocen del evento por los medios de comunicación

Se refiere específicamente a quienes no tienen ninguna relación con el evento, salvo que conocen de él a través de diversos medios de comunicación social, tales como televisión, radio, prensa escrita y digital, entre otros.

Quienes debiendo haber estado involucrados, no lo estuvieron

En estricto rigor, este grupo corresponde a todos quienes no pertenecen a los grupos previamente descritos. Esta clasificación específica se refiere a todos aquellos que deberían haber sido afectados por el evento, pero no lo fueron. Dentro de esta categoría podemos encontrar, por ejemplo, a quienes hicieron un cambio de turno laboral, a los padres que enviaron a sus hijos de vacaciones a la zona afectada, a quienes por no alcanzar el bus no se vieron involucrados en el accidente carretero, etc.

ACCIONES RECOMENDADAS PARA LA INTERACCIÓN DE LOS EJES ESTRATÉGICOS Y TEMPORALIDAD

La siguiente tabla presenta algunos ejemplos de acciones que dan cuenta de la articulación de los Ejes Estratégicos con las fases del ciclo de manejo del riesgo.

Un listado más extenso de esta articulación, se presenta en el Anexo 1.

Ejes Estratégicos	Acciones de Prevención
Coordinación del SNPC en la salud mental en la GRD	- Propiciar y favorecer la constitución de espacios para la coordinación de todo el SNPC, donde participen los actores claves y favorezcan un trabajo integrado en todas las fases del ciclo de manejo del riesgo, por ejemplo: conformación de mesas técnicas intersectoriales de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) en la GRD. - Integrar y desarrollar el componente de protección de la salud mental en la gestión del riesgo de desastres en las políticas, programas y planes institucionales e intersectoriales de todos los niveles territoriales.
Gestión de la información en la GRD	- Establecer mecanismos para el diagnóstico, sistematización, análisis de la información y monitoreo de la situación de emergencia, que consideren los levantamientos previos de información de los diversos sectores, incluida la visión comunitaria. - Diseñar metodologías e instrumentos de evaluación de impacto de las emergencias y desastres en el estado de la salud mental de las personas afectadas, aplicable a todas las fases del ciclo de manejo del riesgo con enfoques culturalmente apropiados.
Comunicación Social en la GRD	- Desarrollar y fortalecer el vínculo entre los medios de comunicación social y los coordinadores del SNPC y mandos técnicos, de manera de sensibilizar sobre la importancia de la entrega de información precisa, correcta, imparcial y veraz para promover la seguridad, calma, autoeficacia, conexión con redes y esperanza. - Incorporar a los medios de comunicación social en las acciones desarrolladas por los Comités de Protección Civil o Mesas Técnicas SMAPS de cada nivel territorial.
Fortalecimiento Comunitario	- Capacitar a los agentes comunitarios en materias tales como gestión integral del riesgo, primera ayuda psicológica, respuesta comunitaria ante emergencias y desastres. - Fomentar la participación activa de la comunidad para identificar riesgos, recursos y capacidades a través de un diagnóstico participativo que potencie el empoderamiento de los actores sociales y líderes comunitarios.
Educación para la protección de la salud mental en la GRD	- Desarrollar e implementar programas de educación y prevención en los establecimientos educacionales, dirigidos a la comunidad educativa (estudiantes, docentes, asistentes de la educación, familia) destinados a la preparación y la mejora en la respuesta de la comunidad frente a desastres en el corto y largo plazo. - Promover protección psicológica de los niños, niñas y comunidad educativa, fortaleciendo capacidades y recursos de autorregulación, autocuidado y protección de la salud mental y bienestar emocional, en el marco de la educación formal y no formal.

Trabajo focalizado con grupos específicos	- Identificar y caracterizar a grupos específicos en el territorio, la existencia de dispositivos de atención para dichos grupos y organismos u organizaciones del SNPC que dispongan de programas o acciones focalizadas en ellos. - Contar con un catastro de usuarios/as de los centros de atención en salud mental, residencias y hogares protegidos que, ante situaciones de emergencia, puedan requerir atención focalizada.
Protección de la salud mental de las personas que colaboran en la GRD	- Diseñar planes, protocolos y ejecutar acciones para la protección de la salud mental de las personas involucradas con la gestión de emergencias y desastres. - Generar mecanismos de comunicación interna institucional, que operen ante situaciones de emergencias y desastres, que faciliten la coordinación integral entre las personas involucradas en la respuesta, de manera de mitigar los niveles de incertidumbre experimentados en el manejo del evento.
Lineamientos técnicos para la intervención	- Sensibilizar a autoridades, tomadores de decisión, equipos de primera respuesta, responsables de albergues y otros vinculados al trabajo en emergencias y desastres, en la protección de la salud mental y las acciones pertinentes a ser realizadas en todas las fases del ciclo de manejo del riesgo. - Capacitar y habilitar a agentes comunitarios, equipos de respuesta (incluidos voluntarios) y personal de la red de salud (pública y privada) para brindar Primera Ayuda Psicológica (PAP).

Ejes Estratégicos	Acciones de Respuesta
Coordinación del SNPC en la salud mental en la GRD	- Definir y ejecutar planes de trabajo, prioridades de intervención, flujos de información, articulación de recursos, entre otras acciones coordinadas, basadas en los diagnósticos sectoriales integrados y asesoría de la mesa técnica SMAPS. - Promover el desarrollo de acciones conjuntas y coordinadas de los intervinientes a fin de evitar duplicidad de acciones y optimizar recursos dispuestos para la emergencia.
Gestión de la información en la GRD	- Aplicar instrumentos de evaluación de impacto de la emergencia (EDAN, FIBE, entre otros) que aporten información para la toma de decisiones en la respuesta, enfocadas a la protección de la salud mental. - Realizar diagnósticos de la situación de emergencia en el ámbito de salud mental y apoyo psicosocial, con participación de la comunidad y bajo la coordinación de mesas técnicas intersectoriales SMAPS.
Comunicación Social en la GRD	- Identificar las necesidades de información de la comunidad afectada de tal manera que orienten la generación de mensajes con información relevante y precisa, que promuevan los principios propuestos por Hobfoll y col. (121) (seguridad, calma, autoeficacia individual y colectiva, conexión con otros, esperanza) y respeten la intimidad y dignidad humana en la transmisión de la información. - Promover la generación de comunicados con mensajes cortos, precisos y tranquilizadores, incorporando los cinco elementos de Hobfoll y col. (121), cuidando la objetividad del mensaje, sin caer en sensacionalismos ni sobre exposición del dolor humano y su victimización.
Fortalecimiento Comunitario	- Facilitar el apoyo social y movilización de los recursos propios de las comunidades para la mitigación y la disminución de los factores de riesgo psicosocial durante la respuesta. - Promover y aumentar de manera sistemática la autoayuda comunitaria y el apoyo mutuo a través de mecanismos formales e informales de interacción social.

Educación para la protección de la salud mental en la GRD	- Continuar con el desarrollo de actividades de prevención en la medida de lo posible, focalizando los esfuerzos en acciones que promuevan apoyo y acompañamiento a la comunidad educativa. - Velar por el restablecimiento de las actividades educativas, en el menor tiempo posible, que permita generar espacios de aprendizaje y ambientes seguros al interior de los establecimientos educacionales.
Trabajo focalizado con grupos específicos	- Incluir en el levantamiento de información y diagnóstico de la emergencia, el impacto del evento en los grupos específicos, para acciones focalizadas en aquellos en mayor situación de vulnerabilidad. - Entregar información, considerando la pertinencia y adecuación a cada grupo específico en términos de lenguaje, disponibilidad, acceso, etc.
Protección de la salud mental de las personas que colaboran en la GRD	- Activar protocolos que aborden la gestión de personas de la organización ante situaciones de emergencias y desastres, en el que se recomienda incluir: turnos, relevos y descansos para evitar sobrecarga, así como la entrega de primera ayuda psicológica y derivación para el personal que lo requiera, entre otras acciones. - Generar instancias durante o después de las jornadas de trabajo que promuevan el autocuidado de los equipos.
Lineamientos técnicos para la intervención	- Realizar una evaluación para determinar la pertinencia y oportunidad de la o las intervenciones psicosociales requeridas, en función de las características de la emergencia y de los grupos afectados. - Brindar Primera Ayuda Psicológica priorizando en personas más afectadas y/o en mayor situación de vulnerabilidad.

Ejes Estratégicos	Acciones de Recuperación
Coordinación del SNPC en la salud mental en la GRD	- Articular los distintos dispositivos y redes de apoyo para una intervención integrada y oportuna dirigida quienes requieran de acciones específicas, procurando el acompañamiento y seguimiento. - Planificar y ejecutar conjuntamente los procesos de reconstrucción, incorporando la visión y participación de la comunidad respecto de sus necesidades, requerimientos y propuestas, en especial de aquellos grupos en situación de mayor vulnerabilidad.
Gestión de la información en la GRD	- Procesar y generar reportes constantes de la respuesta, acciones implementadas y resultados obtenidos en todos los niveles, que faciliten la toma de decisiones en la reconstrucción. - Realizar seguimiento y evaluación del impacto y consecuencias de las intervenciones en la salud mental de las personas y comunidades.
Comunicación Social en la GRD	- Efectuar comunicados que den cuenta de las acciones locales y nacionales que favorecen la recuperación y reconstrucción de las comunidades. - Realizar reseñas, artículos o documentales respecto de las experiencias de emergencias y desastres en los distintos territorios, así como de las acciones realizadas en respuesta y recuperación que promuevan la construcción de memoria histórica y aprendizajes colectivos.
Fortalecimiento Comunitario	- Proporcionar espacios adecuados para que las personas afectadas puedan hablar de temas de reparación (judicial, simbólica, económica). - Incorporar la participación de la comunidad en la implementación de los planes de reconstrucción, articulados con las instituciones a cargo de la recuperación.

Educación para la protección de la salud mental en la GRD	- Transmitir las experiencias y aprendizajes de la emergencia vivida, a la actual y siguiente generación, incorporando descripción de hechos, lecciones aprendidas, promoviendo la prevención y preparación ante nuevas emergencias y desastres. - Mantener la memoria del impacto de las emergencias y desastres en Chile, a través de la creación de memoriales, que simbolizen la vivencia y los aprendizajes asociados a dichas emergencias.
Trabajo focalizado con grupos específicos	- Fomentar la participación de los grupos específicos en el proceso de rehabilitación y reconstrucción. - Incorporar y dotar en el proceso de reconstrucción de infraestructura que considere accesos universales y necesidades particulares de los grupos específicos.
Protección de la salud mental de las personas que colaboran en la GRD	- Fomentar el aprendizaje individual y colectivo en espacios que permitan la revisión de la experiencia de abordaje del evento, así como el reconocimiento institucional y de pares de las acciones realizadas. - Evaluar y monitorear cambios en el desempeño laboral y/o en el estado de ánimo o salud de las personas, que puedan estar asociados a la situación de emergencia o desastre, y tomar las medidas de apoyo pertinentes.
Lineamientos técnicos para la intervención	- Asegurar la continuidad de la atención integral de las personas que han requerido tratamiento en fase de respuesta, y aquellas que pudieran necesitarlo en fase de recuperación, propiciando el fortalecimiento de sus redes comunitarias. - Derivar/brindar tratamiento psicoterapéutico, si la evaluación integral indica que la persona lo requiere, utilizando los enfoques recomendados como Psicoterapias Centradas en el Trauma (PT-CT), Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR, de sus siglas en inglés) o Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma.

REFERENCIAS

- (1) Guha-Sapir D, Hoyois P, Below R. Annual Disaster Statistical Review: Numbers and Trends 2013. 2014.
- (2) Guha-Sapir D, Hoyois P, Below R. Annual Disaster Statistical Review 2015: The Numbers and Trends. 2016.
- (3) Lazarus RS, Folkman S. Estrés y procesos cognitivos. : Barcelona, ES: Ed. Martínez-Roca, 1986; 1986.
- (4) Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: A systematic review. Psychol.Med. 2008;38(4):467-480.
- (5) McFarlane A, Van Hooff M, Goodhew F. Anxiety disorders and PTSD. : Cambridge University Press; 2009.
- (6) Norris FH, Tracy M, Galea S. Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. Soc.Sci.Med. 2009;68(12):2190-2198.
- (7) Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? Am.Psychol. 2004;59(1):20.
- (8) Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. Psychiatry 2002;65(3):207-239.
- (9) Goldmann E, Galea S. Mental health consequences of disasters. Annu.Rev.Public Health 2014;35:169-183.
- (10) Garfin DR, Silver RC, Gil-Rivas V, Guzmán J, Murphy JM, Cova F, et al. Children's reactions to the 2010 Chilean earthquake: The role of trauma exposure, family context, and school-based mental health programming. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2014;6(5):563.
- (11) Ministerio de Salud de Chile. Manual para la protección y cuidado de la Salud Mental en situaciones de Emergencias y Desastres. 2012.
- (12) Bonanno GA, Mancini AD. Beyond resilience and PTSD: Mapping the heterogeneity of responses to potential trauma. Psychological trauma: Theory, research, practice, and policy 2012;4(1):74.
- (13) Meewisse M, Olff M, Kleber R, Kitchiner NJ, Gersons BP. The course of mental health disorders after a disaster: Predictors and comorbidity. J.Trauma.Stress 2011;24(4):405-413.
- (14) Bonanno GA, Galea S, Bucciarelli A, Vlahov D. What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. J.Consult.Clin.Psychol. 2007;75(5):671-682.
- (15) Bonanno GA, Westphal M, Mancini AD. Resilience to loss and potential trauma. Annual review of clinical psychology 2011;7:511-535.
- (16) Grimm A, Hulse L, Preiss M, Schmidt S. Behavioural, emotional, and cognitive responses in European disasters: results of survivor interviews. Disasters 2014;38(1):62-83.

- (17) Rodriguez H, Trainor J, Quarantelli EL. Rising to the challenges of a catastrophe: The emergent and prosocial behavior following Hurricane Katrina. *Ann.Am.Acad.Pol.Soc.Sci.* 2006;604(1):82-101.
- (18) Quarantelli EL, Dynes RR. Response to social crisis and disaster. *Annual review of sociology* 1977;3(1):23-49.
- (19) Quarantelli EL. Looting and antisocial behavior in disasters. 1994.
- (20) Tierney K, Bevc C, Kuligowski E. Metaphors matter: Disaster myths, media frames, and their consequences in Hurricane Katrina. *Ann.Am.Acad.Pol.Soc.Sci.* 2006;604(1):57-81.
- (21) Frailing K, Harper DW. *Property Crime in Disaster. Toward a Criminology of Disaster*: Springer; 2017. p. 55-84.
- (22) Trainor J, Barsky L, Torres M. Disaster realities in the aftermath of Hurricane Katrina: Revisiting the looting myth. 2006.
- (23) Grandón F, Acuña M, Brieze M, Chovar M, Hernández F, Orellana E. Saqueos y autodefensa. Impacto social en Chile post terremoto. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP* 2014;12(2):187-206.
- (24) Van der Velden P, Kleber R. Substance use and misuse after disasters: Prevalences and correlates. *Mental health and disasters* 2009:94-130.
- (25) Norris FH. Range, magnitude, and duration of the effects of disasters on mental health: Review update 2005. *Research education disaster mental health* 2005:1-23.
- (26) Bonanno GA, Gupta S. Resilience after disaster. *Mental health and disasters* 2009:145-160.
- (27) Maguen S, Neria Y, Conoscenti L, Litz B. Depression and prolonged grief in the wake of disasters. *Mental health and disasters* 2009:116-130.
- (28) Jia Z, Tian W, Liu W, Cao Y, Yan J, Shun Z. Are the elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake. *BMC Public Health* 2010;10(1):172.
- (29) Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol.Rev.* 2005;27:78-91.
- (30) Suzuki Y. Psychiatric morbidity after a major yet transient disaster. *The Lancet Psychiatry* 2015;2(9):770-771.
- (31) Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la salud. *Guía Técnica de Salud Mental en situaciones de emergencias y desastres*. 2016.
- (32) Abeldaño RA, Fernández AR, Estario JC, Enders JE, Neira, María Josefina López de. Screening de trastornos de estrés postraumático en población afectada por el terremoto chileno de 2010. *Cadernos de Saúde Pública* 2014;30:2377-2386.
- (33) Social determinants of health and PTSD after the 2010 earthquake in Chile: A longitudinal pre-post-disaster analysis of risk factors in a sample of 27,593 adults from all along the country. XVI Congreso Mundial de Psiquiatría; 14-18 septiembre, 2014.

- (34) Cordero MA, Repetto PB, Arbour MC. Lo que nos enseña el 27F en Chile sobre el impacto de un desastre natural en la salud infantil. *Revista chilena de pediatría* 2013;84(1):10-19.
- (35) Briceño AM, Abufhele M, Dávila AM, Barreau M, Sommer K, Castro S, et al. Estrés postraumático en escolares a 8 meses del 27F. *Revista chilena de pediatría* 2013;84(1):42-50.
- (36) Rodríguez J, Davoli Z, Pérez R. *Guía Práctica de Salud Mental en Situación de Desastres*. 2006.
- (37) Van Ommeren M, Saxena S, Saraceno B. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bull. World Health Organ.* 2005;83(1):71-75.
- (38) Inter Agency Standing Committee. *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes*. : IASC; 2007.
- (39) Stroul BA, Blau GM. *The system of care handbook: Transforming mental health services for children, youth, and families*. : Paul H Brookes Publishing; 2008.
- (40) Thornicroft G, Tansella M. *Better mental health care*. : Cambridge University Press Cambridge; 2009.
- (41) Funk M, Faydi E, Drew N, Minoletti A. Organización de los servicios de salud mental. El modelo comunitario en salud mental. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud: OPS; 2009. p. 105-117.
- (42) Goldman HH, Buck JA, Thompson KS. *Transforming mental health services: implementing the federal agenda for change*. : American Psychiatric Pub; 2009.
- (43) Patel V, Araya R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M, et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet* 2007;370(9591):991-1005.
- (44) World Health Organization, World Organization of National Colleges, Academies, Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. : World Health Organization; 2008.
- (45) VI Jornadas de Salubridad: Observaciones y experiencias recogidas en el Terremoto del 21 de mayo de 1960. *Salud Mental*; 1960.
- (46) Organización Panamericana de la Salud. *Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: Guía para equipos de respuesta*. 2010.
- (47) Organización Panamericana de la Salud. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. : Pan American Health Org; 2002.
- (48) Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI). *Informe de Capacidades en Salud Mental en Emergencias y Desastres*. 2016.
- (49) Ministerio del Interior. *Plan Nacional de Protección Civil, Instrumento Indicativo para la Gestión Integral*. 2002:1-78.
- (50) ONEMI. *Plan Estratégico Nacional para la Gestión del Riesgo de Desastres 2015 - 2018*. 2016.
- (51) ONEMI editor. *Manual del Participante Curso: Operaciones de Emergencia Nivel I*. Novena Edición ed. Santiago de Chile, Chile: Ministerio del Interior y Seguridad Pública; 2016.

- (52) Ministerio del Interior y Seguridad Pública, Chile. Decreto Supremo No. 38. Determina Constitución de los Comités Operativos de Emergencia. 2011.
- (53) Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Constitución Política de la República. 1980.
- (54) Ministerio de Salud de Chile. Fondo Nacional de Salud (Chile); Instituto de Salud Pública de Chile; Sistema Nacional de Servicios de Salud (Chile); Sistema de Salud . 2006.
- (55) Ministerio de Salud de Chile. Modelo de Atención Integral en Salud. 2005;1.
- (56) Ministerio de Salud de Chile. Modelo de gestión de Red Temática de Salud Mental en la Red General de Salud. 2017.
- (57) UNISDR. Sendai framework for disaster risk reduction 2015- 2030. 2015.
- (58) Proyecto Kokoronokea 2014-2018. Clases Pasantía Japón. 2015.
- (59) Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud mental luego del terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010 en Chile: Crónica de una experiencia. 2010.
- (60) Allen J, Balfour R, Bell R, Marmot M. Social determinants of mental health. *International Review of Psychiatry* 2014;26(4):392-407.
- (61) Cutter SL, Boruff BJ, Shirley WL. Social vulnerability to environmental hazards. *Social science quarterly* 2003;84(2):242-261.
- (62) Aldrich N, Benson WF. Disaster preparedness and the chronic disease needs of vulnerable older adults. *Prev.Chronic Dis.* 2008 Jan;5(1):A27.
- (63) Mokdad AH, Mensah GA, Posner SF, Reed E, Simoes EJ, Engelgau MM, et al. When chronic conditions become acute: prevention and control of chronic diseases and adverse health outcomes during natural disasters. *Prev.Chronic Dis.* 2005 Nov;2 Spec no:A04.
- (64) McGuire LC, Ford ES, Okoro CA. Natural disasters and older US adults with disabilities: implications for evacuation. *Disasters* 2007;31(1):49-56.
- (65) Lai BS, La Greca AM, Llabre MM. Children's sedentary activity after hurricane exposure. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2014;6(3):280.
- (66) Peek L, Stough LM. Children with disabilities in the context of disaster: A social vulnerability perspective. *Child Dev.* 2010;81(4):1260-1270.
- (67) Cannon T, Twigg J, Rowell J. Social vulnerability, sustainable livelihoods and disasters. Londres: DFID 2003.
- (68) Cutter SL, Mitchell JT, Scott MS. Handbook for conducting a GIS-based hazards assessment at the county level. University of South Carolina, Columbia, SC 1997.
- (69) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Género y desastres. 2010 Boletín:1-4.
- (70) López Tagle E, Santana Nazarit P. El terremoto de 2010 en Chile: respuesta del sistema de salud y de la cooperación internacional. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2011;30:160-166.
- (71) Cabieses B, Bernal M, Obach A, Pedrero V. Vulnerabilidad social y su efecto en salud en Chile. 2016.

- (72) Bonanno GA, Diminich ED. Annual research review: Positive adjustment to adversity - trajectories of minimal - impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2013;54(4):378-401.
- (73) Bonanno GA, Romero SA, Klein SI. The temporal elements of psychological resilience: An integrative framework for the study of individuals, families, and communities. *Psychological Inquiry* 2015;26(2):139-169.
- (74) Mancini AD, Bonanno GA, Clark AE. Stepping off the hedonic treadmill: Individual differences in response to major life events. *Journal of Individual Differences* 2011;32(3):144.
- (75) Walsh F. Strengthening family resilience. : Guilford Publications; 2015.
- (76) Black K, Lobo M. A conceptual review of family resilience factors. *Journal of family nursing* 2008;14(1):33-55.
- (77) McCubbin HI, McCubbin MA. Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity. *Family relations* 1988:247-254.
- (78) Norris FH, Stevens SP, Pfefferbaum B, Wyche KF, Pfefferbaum RL. Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities, and strategy for disaster readiness. *Am.J.Community Psychol.* 2008;41(1-2):127-150.
- (79) Becker J, Paton D, McBride S. Improving community resilience in the Hawke's Bay: A review of resilience research, and current public education, communication and resilience strategies. 2013.
- (80) Kano M, Wood MM, Kelley MM, Bourque LB. The Study of Household Preparedness: Preparing California for Earthquakes. 2009.
- (81) Galappatti A, Richardson SM. Linking mental health and psychosocial support and disaster risk reduction: applying a wellbeing lens to disaster risk reduction. *Intervention* 2016;14(3):223-231.
- (82) Gungormus Z, Karabulutlu EY, Yildiz E. Determining the knowledge and behavior of the individuals about earthquake preparedness at home in Turkey. *HealthMed* 2012;6(1):232-237.
- (83) Faupel CE, Styles SP. Disaster education, household preparedness, and stress responses following Hurricane Hugo. *Environ.Behav.* 1993;25(2):228-249.
- (84) Rosenfeld LB. When their world falls apart: Helping families and children manage the effects of disasters. : National Assn of Social Workers Press; 2005.
- (85) Eisenman DP, Glik D, Gonzalez L, Maranon R, Zhou Q, Tseng C, et al. Improving Latino disaster preparedness using social networks. *Am.J.Prev.Med.* 2009;37(6):512-517.
- (86) Johnston D, Paton D, Crawford GL, Ronan K, Houghton B, Bürgelt P. Measuring tsunami preparedness in coastal Washington, United States. *Nat.Hazards* 2005;35(1):173-184.
- (87) Karanci AN, Aksit B, Dirik G. Impact of a community disaster awareness training program in Turkey: Does it influence hazard-related cognitions and preparedness behaviors. *Social behavior and personality* 2005;33(3):243-258.
- (88) Levac J, Toal-Sullivan D, O'Sullivan TL. Household Emergency Preparedness: A Literature Review. *J.Community Health* 2012;37(3):725-733.

- (89) Momani NM, Salmi A. Preparedness of schools in the Province of Jeddah to deal with earthquakes risks. *Disaster Prev.Manage.* 2012;21(4):463-473.
- (90) Muttarak R, Pothisiri W. The role of education on disaster preparedness: case study of 2012 Indian Ocean earthquakes on Thailand's Andaman Coast. *Ecology and Society* 2013;18(4):51.
- (91) Ocal A, Topkaya Y. Earthquake preparedness in schools in seismic hazard regions in the South-East of Turkey. *Disaster Prev.Manage.* 2011;20(3):334-348.
- (92) Dufty N. Natural hazards education in Australian schools: How can we make it more effective? *Australian Journal of Emergency Management, The* 2009;24(2):13.
- (93) Residential retrofitting in Istanbul, Turkey: social and economic considerations. *Proceedings of the 8th US National Conference: Earthquake Engineering*; 2006.
- (94) Adiyoso W, Kanegae H. The preliminary study of the role of Islamic teaching in the disaster risk reduction (a qualitative case study of Banda Aceh, Indonesia). *Procedia Environmental Sciences* 2013;17:918-927.
- (95) Johnson VA, Ronan KR, Johnston DM, Peace R. Evaluations of disaster education programs for children: A methodological review. *International Journal of Disaster Risk Reduction* 2014;9:107-123.
- (96) Aspinwall LG, Sechrist GB, Jones PR. Expect the best and prepare for the worst: Anticipatory coping and preparations for Y2K. *Motiv.Emotion* 2005;29(4):353-384.
- (97) Murphy ST, Cody M, Frank LB, Glik D, Ang A. Predictors of emergency preparedness and compliance. *Disaster medicine and public health preparedness* 2009;3(2):1-10.
- (98) Mishra S. Do lessons people learn determine disaster cognition and preparedness? *Psychology and developing societies* 2007;19(2):143.
- (99) Phillips BD, Metz WC, Nieves LA. Disaster threat: Preparedness and potential response of the lowest income quartile. *Environmental Hazards* 2005;6(3):123-133.
- (100) Basolo V, Steinberg LJ, Burby RJ, Levine J, Cruz AM, Huang C. The effects of confidence in government and information on perceived and actual preparedness for disasters. *Environ.Behav.* 2008.
- (101) Hoffmann R, Muttarak R. Learn from the past, prepare for the future: Impacts of education and experience on disaster preparedness in the Philippines and Thailand. *World Dev.* 2017;96:32-51.
- (102) Nguyen LH, Shen H, Ershoff D, Afifi AA, Bourque LB. Exploring the causal relationship between exposure to the 1994 Northridge earthquake and pre- and post-earthquake preparedness activities. *Earthquake Spectra* 2006;22(3):569-587.
- (103) Onuma H, Shin KJ, Managi S. Household preparedness for natural disasters: Impact of disaster experience and implications for future disaster risks in Japan. *International Journal of Disaster Risk Reduction* 2017;21:148-158.
- (104) Heller K, Alexander DB, Gatz M, Knight BG, Rose T. Social and personal factors as predictors of earthquake preparation: The role of support provision, network discussion, negative affect, age, and education. *J.Appl.Soc.Psychol.* 2005;35(2):399-422.

- (105) Couling M. Tsunami risk perception and preparedness on the east coast of New Zealand during the 2009 Samoan Tsunami warning. *Nat.Hazards* 2014;71(1):973-986.
- (106) Lindell MK, Hwang SN. Households' perceived personal risk and responses in a multihazard environment. *Risk analysis* 2008;28(2):539-556.
- (107) Lindell MK, Prater CS. Household Adoption of Seismic Hazard Adjustments: A Comparison of Residents in Two States. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters* 2000;18(2):317-338.
- (108) Lindell MK, Whitney DJ. Correlates of household seismic hazard adjustment adoption. *Risk analysis* 2000;20(1):13-25.
- (109) Terpstra T. Emotions, trust, and perceived risk: Affective and cognitive routes to flood preparedness behavior. *Risk analysis* 2011;31(10):1658-1675.
- (110) Wachinger G, Renn O. Risk Perception and Natural Hazards. 2010;CapHaz-Net WP3 Report.
- (111) Zulch HR, Morrissey SA, Reser JP, Creed P. Psychological Preparedness for Natural Disasters . 2013.
- (112) Johnston D, Becker J, Paton D. Multi-agency community engagement during disaster recovery: lessons from two New Zealand earthquake events. *Disaster Prevention and Management: An International Journal* 2012;21(2):252-268.
- (113) Kirschenbaum A. Families and disaster behavior: A reassessment of family preparedness. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters* 2006;24(1):111.
- (114) Bihari M, Ryan R. Influence of social capital on community preparedness for wildfires. *Landscape Urban Plann.* 2012;106(3):253-261.
- (115) Aldrich DP, Meyer MA. Social capital and community resilience. *Am.Behav.Sci.* 2015;59(2):254-269.
- (116) Paton D, Okada N, Sagala S. Understanding Preparedness for Natural Hazards: Cross cultural comparison. *IDRiM Journal* 2013;3(1):18-35.
- (117) Paton D, Bajek R, Okada N, Mclvor D. Predicting community earthquake preparedness: a cross-cultural comparison of Japan and New Zealand. *Nat.Hazards* 2010;54(3):765-781.
- (118) Arlikatti S, Lindell MK, Prater CS. Perceived stakeholder role relationships and adoption of seismic hazard adjustments. *International Journal of Mass Emergencies and Disasters* 2007;25(3):218.
- (119) Slovic PE. The perception of risk. : Earthscan Publications; 2000.
- (120) Paton D. Risk communication and natural hazard mitigation: how trust influences its effectiveness. *Int.J.Global Environ.Issues* 2008;8(1):2-16.
- (121) Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 2007;70(4):283-315.
- (122) Kaniasty K. Predicting social psychological well-being following trauma: The role of postdisaster social support. *Psychological Trauma: theory, research, practice, and policy* 2012;4(1):22.

- (123) Perry RW, Lindell MK, Tierney KJ. Facing the unexpected: Disaster preparedness and response in the United States. : Joseph Henry Press; 2001.
- (124) UNISDR. Hyogo framework for action 2005–2015: Building the resilience of nations and communities to disasters. 2005(january,25).
- (125) Bandura A, Walters RH. Social learning theory. 1977.
- (126) Alper A, Kupferman SL. Enhancing New York City's Emergency Preparedness. 2003;1–26.
- (127) UNESCO. Manual de Gestión del Riesgo De Desastre para Comunicadores Sociales. 2011.
- (128) Consejo Nacional de Televisión. Identificación de Buenas prácticas para la cobertura televisiva de tragedias, desastres y delitos. 2015.
- (129) Silver RC, Holman EA, Andersen JP, Poulin M, McIntosh DN, Gil-Rivas V. Mental-and physical-health effects of acute exposure to media images of the September 11, 2001, attacks and the Iraq War. *Psychological Science* 2013;24(9):1623–1634.
- (130) Garfin DR, Silver R, Ugalde FJ, Linn H, Inostroza M. Exposure to rapid succession disasters: A study of residents at the epicenter of the Chilean Bio Bio earthquake. *J.Abnorm.Psychol.* 2014;123(3):545–556.
- (131) Holman EA, Garfin DR, Silver RC. Media's role in broadcasting acute stress following the Boston Marathon bombings. *Proc.Natl.Acad.Sci.U.S.A.* 2014 Jan 7;111(1):93–98.
- (132) Jones NM, Garfin DR, Holman EA, Silver RC. Media use and exposure to graphic content in the week following the Boston Marathon bombings. *Am.J.Community Psychol.* 2016;58(1–2):47–59.
- (133) Bacigalupe G, Velasco J, Rosenberg A, Berrios P. Medios sociales en la emergencia: Evidencia y recomendaciones para la gestión de desastres. 2016.
- (134) Organización Mundial de la Salud. Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. Ginebra: OMS 2012.
- (135) Figueroa R, Cortés P, Marín H, Bronfman N, Miller, Sullivan, et al. Primeros Auxilios Psicológicos: Ensayo clínico randomizado multicéntrico en adultos afectados por experiencias traumáticas no intencionales en servicios de urgencia. 2016.
- (136) Bisson JI, Lewis C. Systematic review of psychological first aid. Commissioned by the 2009.
- (137) Hobbs M, Mayou R, Harrison B, Worlock P. A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *BMJ* 1996 Dec 7;313(7070):1438–1439.
- (138) Carlier IV, Lamberts RD, Van Uchelen AJ, Gersons BP. Disaster-related post-traumatic stress in police officers: A field study of the impact of debriefing. *Stress Health* 1998;14(3):143–148.
- (139) Litz BT, Gray MJ. Early intervention for mass violence: What is the evidence? What should be done? *Cognitive and Behavioral Practice* 2002;9(4):266–272.
- (140) Rose S, Bisson J, Wessely S. A systematic review of single-session psychological interventions ('debriefing') following trauma. *Psychother.Psychosom.* 2003 Jul-Aug;72(4):176–184.

- (141) Pearlman LA, Mac Ian PS. Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice* 1995;26(6):558.
- (142) Figley CR. *Treating compassion fatigue*. : Routledge; 2002.
- (143) Kleim B, Westphal M. Mental health in first responders: A review and recommendation for prevention and intervention strategies. *Traumatology* 2011;17(4):17–24.
- (144) Perrin MA, DiGrande L, Wheeler K, Thorpe L, Farfel M, Brackbill R. Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *Am.J.Psychiatry* 2007;164(9):1385–1394.
- (145) Prati G, Pietrantonio L. The relation of perceived and received social support to mental health among first responders: a meta-analytic review. *J.Community Psychol.* 2010 04;38(3):403–417.
- (146) Plough A, Fielding JE, Chandra A, Williams M, Eisenman D, Wells KB, et al. Building community disaster resilience: perspectives from a large urban county department of public health. *Am.J.Public Health* 2013;103(7):1190–1197.
- (147) Huang Y, Wong H. Impacts of sense of community and satisfaction with governmental recovery on psychological status of the Wenchuan earthquake survivors. *Soc.Indicators Res.* 2014;117(2):421–436.
- (148) Cortés P, Egas N, Marín H, Marinkovic K. Estudio exploratorio sobre las funciones de los Memoriales de Desastres Naturales: Memoria Colectiva en la experiencia Japonesa y sus posibles aplicaciones en Chile. . 2017.
- (149) Seven critical element model of life recovery: general linear model analyses of the 2001 Kobe Panel Survey Data. *Proceedings of 2nd Workshop for Comparative Study Urban Earthquake Disaster Management*; 2002.
- (150) Tatsuki S. Long-term life recovery processes among survivors of the 1995 Kobe earthquake: 1999, 2001, 2003, and 2005 Life Recovery Social Survey results. *Journal of Disaster Research* 2007;2:485–501.
- (151) Hyogo Prefectural Board of Education. *Hyogo Prefecture's Disaster Prevention Education for Protecting Life and Building Community Bonds: Living for Tomorrow*. 2013.
- (152) Centro Integral de Salud Mental y Bienestar del Gobierno Municipal de Sendai (Heart Port Sendai). *Directrices de Salud Mental y Bienestar Local del Gobierno Municipal de Sendai ante Desastres*. 2008.
- (153) OMS, OPS. *Guía técnica de salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. 2016.
- (154) Difede J, Olden M, Cukor J. Evidence-based treatment of post-traumatic stress disorder. *Annu. Rev.Med.* 2014;65:319–332.
- (155) Phoenix Australia – Centre for Posttraumatic Mental Health. *Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder: Guidelines Summary*. 2013:1–56.
- (156) Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. : Guilford Press; 2008.

- (157) Sloan DM, Feinstein BA, Gallagher MW, Beck JG, Keane TM. Efficacy of group treatment for posttraumatic stress disorder symptoms: A meta-analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy* 2013;5(2):176.
- (158) Schwartze D, Barkowski S, Strauss B, Knaevelsrud C, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research* 2017:1-17.
- (159) World Health Organization. *MhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical Management of Mental Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies.* : World Health Organization; 2015.
- (160) Real Academia de la Lengua Española. *Diccionario de la Lengua Española*: Real Academia Española. 2014.
- (161) Güendel L. *La política pública y la ciudadanía desde el enfoque de los derechos humanos: La búsqueda de una nueva utopía.* 1999.
- (162) Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública (ONEMI). *Política Nacional para la Gestión del riesgo de Desastres.* 2016.
- (163) Policy integration: what does it mean and how can it be achieved? A multi-disciplinary review. Berlin Conference on the Human Dimensions of Global Environmental Change: Greening of Policies-Interlinkages and Policy Integration. Berlin; 2004.
- (164) Organización Panamericana de la Salud. *Determinantes e inequidades en salud. Salud en las Américas. Panorama regional y perfiles de país* Washington, DC, USA: Organización Panamericana de la Salud; 2012.
- (165) Wallerstein NB, Duran B. Using community-based participatory research to address health disparities. *Health promotion practice* 2006;7(3):312-323.
- (166) Proyecto Esfera. *Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria.* Tercera Edición ed. Reino Unido.: Practical Action Publishing; 2011.
- (167) De Marchi B, Greco S, Pellizzoni L, Bock B, Wiersum J, Lobb A, et al. Trust: From hope to action. How Safe is Eating Chicken? A Study on the Impact of Trust and Food Risk Communication on Consumer Behaviour in the EU: Firenze University Press; 2006. p. 39-65.
- (168) Mileti DS, Fitzpatrick C. The causal sequence of risk communication in the Parkfield earthquake prediction experiment. *Risk Analysis* 1992;12(3):393-400.
- (169) Marín H. *Diplomado Salud Mental en Emergencias, Desastres y Catástrofes. Poblaciones Especiales y su inclusión en la intervención psicosocial en situaciones de Emergencia y Desastre.* 2010.
- (170) Ministerior del Interior y Seguridad Pública. *Ley N° 19.418 de Juntas de Vecinos y demás Organizaciones Comunitarias.* 2014.
- (171) Taylor AJ. A taxonomy of disasters and their victims. *J.Psychosom.Res.* 1987;31(5):535-544.
- (172) CONADI. *Ley N° 19253 Establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la corporación nacional de desarrollo indígena.* 1993.

- (173) Jiménez G. El funcionamiento de la cárcel como exclusión en Chile. Ministerio de Planificación, Gobierno de Chile 2007.
- (174) Hansen P. Psychosocial interventions: A handbook. : International Federation Reference Centre for Psychosocial Support; 2009.
- (175) Cobb S. Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine* 1976;38:300-314.
- (176) National Cancer Institute. NCI Dictionary of Cancer Terms. Available at: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms?cdrid=440116>. Accessed Enero 5, 2018.
- (177) Brennan B, Gutiérrez V. Guía para la elaboración de estrategias de comunicación de riesgo: De la teoría a la acción. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud 2011.
- (178) Organización Panamericana de la Salud. Comunicación de riesgo. Available at: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10167&Itemid=41142&lang=en. Accessed Enero 5, 2018.
- (179) Litz BT, Gray MJ. Early intervention for mass violence: What is the evidence? What should be done? *Cognitive and Behavioral Practice* 2002;9(4):266-272.
- (180) Slovic P, Fischhoff B, Lichtenstein S. Facts and fears: Understanding perceived risk. *Societal risk assessment*: Springer; 1980. p. 181-216.
- (181) UNISDR editor. Terminology sobre Reducción de Riesgo de Desastre. Ginebra, Suiza: United Nations International Strategy for Disaster Reduction; 2009.
- (182) Epp J. Mental health for Canadians: Striking a balance. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Sante'e Publique* 1988;79(5):327-349.
- (183) World Health Organization. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamientos. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (ICD-10). Madrid, Meditor 1992.
- (184) Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública. Glosario. 2011.
- (185) Cutter SL, Emrich CT, Webb JJ, Morath D. Social vulnerability to climate variability hazards: A review of the literature. Final Report to Oxfam America 2009;5:1-44.

ANEXO 1: ACCIONES SUGERIDAS PARA CADA EJE ESTRATÉGICOS POR TEMPORALIDAD

A continuación, se presenta un listado de posibles acciones para la implementación de cada eje estratégico, considerando las fases del ciclo de manejo del riesgo. Estas acciones se complementan y potencian entre sí, pudiendo abordar cada una, más de un eje a la vez.

Las tablas que se presentan son recomendaciones que no constituyen un listado exhaustivo sino una guía para la planificación y el trabajo en el territorio. La concreción de estas u otras acciones deben dar cuenta de la experiencia y realidad local.

1. Coordinación del SNPC para la protección de la salud mental en la GRD

PREVENCIÓN

- Propiciar y favorecer la constitución de espacios para la coordinación de todo el SNPC, donde participen los actores claves y favorezcan un trabajo integrado en todas las fases del ciclo de manejo del riesgo, por ejemplo: conformación de mesas técnicas intersectoriales de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) en la GRD.
- Integrar y desarrollar el componente de protección de la salud mental en la gestión del riesgo de desastres en las políticas, programas y planes institucionales e intersectoriales de todos los niveles territoriales.
- Sensibilizar respecto de incorporar acciones de protección de la salud mental en la GRD a los integrantes de Comité de Protección Civil y Comité de Operaciones de Emergencias.
- Promover y fortalecer la conformación de una Mesa Técnica SMAPS, como una instancia asesora del Comité de Protección Civil en los distintos niveles territoriales del país para promover el desarrollo de capacidades para el cuidado de la salud mental en todas las etapas del ciclo de manejo del riesgo.
- Desarrollar acciones coordinadas entre las organizaciones de base de los niveles locales (Juntas de Vecinos, Uniones Comunales), autoridades locales y referentes de GRD, que permitan articular recursos técnicos, materiales y humanos, capacidades y procedimientos.

RESPUESTA

- Definir y ejecutar planes de trabajo, prioridades de intervención, flujos de información, articulación de recursos, entre otras acciones coordinadas, basadas en los diagnósticos sectoriales integrados y asesoría de la mesa técnica SMAPS.
- Promover el desarrollo de acciones conjuntas y coordinadas de los intervinientes a fin de evitar duplicidad de acciones y optimizar recursos dispuestos para la emergencia.
- Fortalecer el trabajo operativo de la Mesa técnica SMAPS como ente asesor del Comité de Operaciones de Emergencias correspondiente.
- Generar un registro común de las acciones desarrolladas que permita su seguimiento, readecuación y ajuste, con el objetivo de resguardar el bienestar de las personas y comunidades.

RECUPERACIÓN

- Articular los distintos dispositivos y redes de apoyo para una intervención integrada y oportuna dirigida quienes requieran de acciones específicas, procurando el acompañamiento y seguimiento.
- Planificar y ejecutar conjuntamente los procesos de reconstrucción, incorporando la visión y participación de la comunidad respecto de sus necesidades, requerimientos y propuestas, en especial de aquellos grupos en situación de mayor vulnerabilidad.
- Readecuar en forma oportuna y pertinente los planes, protocolos y procedimientos a partir de las lecciones aprendidas y experiencia previa, considerando la información sistematizada sectorial y la visión de la comunidad.
- Realizar evaluaciones conjuntas de las acciones de respuesta llevadas a cabo, propiciando el intercambio de información entre los distintos organismos.

2. Gestión de la información en la GRD

PREVENCIÓN

- Establecer mecanismos para el diagnóstico, sistematización, análisis de la información y monitoreo de la situación de emergencia, que consideren los levantamientos previos de información de los diversos sectores, incluida la visión comunitaria.
- Diseñar metodologías e instrumentos de evaluación de impacto de las emergencias y desastres en el estado de la salud mental de las personas afectadas, aplicable a todas las fases del ciclo de manejo del riesgo con enfoques culturalmente apropiados.
- Fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica de salud mental para la GRD.
- Evaluar la capacidad de respuesta en SMAPS de las organizaciones ante eventuales emergencias y desastres.
- Revisar y generar información sobre las capacidades y vulnerabilidades de las comunidades para abordar aspectos de SMAPS y aprovechar sus recursos para enfrentar situaciones de emergencia.
- Diseñar mecanismos pertinentes de difusión de información entre las organizaciones y las comunidades.
- Generar y entregar información a los tomadores de decisión y población en general, enfocada en las acciones preventivas de autocuidado.
- Promover el acceso a fuentes de información generados por los diversos sectores.
- Desarrollar análisis y estudios para el diseño de acciones en torno al bienestar y salud mental en la GRD.

RESPUESTA

- Aplicar instrumentos de evaluación de impacto de la emergencia (EDAN, FIBE, entre otros) que aporten información para la toma de decisiones en la respuesta, enfocadas a la protección de la salud mental.
- Realizar diagnósticos de la situación de emergencia en el ámbito de salud mental y apoyo psicosocial, con participación de la comunidad y bajo la coordinación de mesas técnicas intersectoriales SMAPS.
- Activar un sistema de revisión y seguimiento de las acciones en ejecución, generando reportes actualizados de información institucional e intersectorial en todos los niveles, incorporando la participación comunitaria.
- Reforzar sistemas de vigilancia epidemiológica para el componente salud mental en emergencias y desastres.
- Definir canales formales de entrega de la información, tanto para los gestores como para la población, evitando expansión de rumores y multiplicidad de mensajes, muchas veces confusos o contradictorios.
- Generar y entregar información a los tomadores de decisión y autoridades para su difusión a la población.

RECUPERACIÓN

- Procesar y generar reportes constantes de la respuesta, acciones implementadas y resultados obtenidos en todos los niveles, que faciliten la toma de decisiones en la reconstrucción.
- Realizar seguimiento y evaluación del impacto y consecuencias de las intervenciones en la salud mental de las personas y comunidades.
- Asegurar que el monitoreo de estos procesos estén disponibles para equipos técnicos, tomadores de decisión y comunidad en general.
- Elaborar mapas utilizando información recogida con los diferentes instrumentos de evaluación que faciliten la implementación de las acciones considerando la complejidad de los daños y necesidades en los distintos territorios.
- Mantener vigilancia epidemiológica y hacer uso de esta información en el ámbito de la salud mental post desastre.
- Sistematizar las acciones, analizar las experiencias e identificar brechas, para el desarrollo de nuevos planes de trabajo que aborden las oportunidades de mejora.

3. Comunicación social en la GRD

PREVENCIÓN

- Incorporar a los medios de comunicación social en las acciones desarrolladas por los Comités de Protección Civil o Mesas Técnicas SMAPS de cada nivel territorial.
- Fomentar que los medios de comunicación se constituyan en agentes protectores de la salud mental en emergencias y desastres a través de mecanismos tales como capacitaciones y entrega de orientaciones y recomendaciones en estas materias.
- Diseñar, planificar y ejecutar acciones de sensibilización y capacitación con todos los medios de comunicación social (editores y periodistas) y otras organizaciones relacionadas, tales como: ANATEL (Asociación Nacional de Televisión de Chile), CNTV (Consejo Nacional de Televisión), Colegio de Periodistas, ARCHI (Asociación de Radiodifusores de Chile), para relevar el rol de los comunicadores en la salud mental de las personas en emergencias y desastres.
- Desarrollar y fortalecer el vínculo entre los medios de comunicación social, los coordinadores del SNPC y mandos técnicos, de manera de sensibilizar sobre la importancia de la entrega de información precisa, correcta, imparcial y veraz para promover la seguridad, calma, autoeficacia, conexión con redes y esperanza.
- Elaborar estrategias de comunicación del riesgo para los distintos tipos de evento de acuerdo a la matriz de riesgo de cada territorio.
- Apoyar la difusión de nuevos hallazgos científicos en relación a los riesgos de emergencias y desastres, así como las últimas tendencias para mitigarlos. Se debe considerar la mayor cantidad de áreas del conocimiento: ciencias físicas y naturales (ingeniería, geografía, oceanografía, etc.), ciencias sociales (psicología, sociología, antropología), etc.

RESPUESTA

- Identificar las necesidades de información de la comunidad afectada de tal manera que orienten la generación de mensajes con información relevante y precisa, que promuevan los principios propuestos por Hobfoll y col. (121) (seguridad, calma, autoeficacia individual y colectiva, conexión con otros, esperanza) y respeten la intimidad y dignidad humana en la transmisión de la información.
- Promover la generación de comunicados con mensajes cortos, precisos y tranquilizadores, incorporando los cinco elementos de Hobfoll y col. (121), cuidando la objetividad del mensaje, sin caer en sensacionalismos ni sobre exposición del dolor humano y su victimización.
- Colaborar con las acciones de comunicación del riesgo de los organismos de respuesta, entregando información con respaldo técnico, oportuna y veraz; fomentando la autonomía y empoderamiento en la población y la disminución de rumores y mitos que pudiesen afectar el bienestar de las personas afectadas.
- Favorecer la transmisión de acciones de solidaridad y apoyo social, en forma responsable, incrementando su visibilidad.
- Colaborar y entregar información correcta, necesaria y precisa al voluntariado espontáneo que surge en situaciones de emergencias o desastres. Esto contribuye a canalizar efectivamente su participación y ayuda, evitando que asuman riesgos innecesarios, interfieran en la respuesta y/o se realice envío indiscriminado de artículos no requeridos.

RECUPERACIÓN

- Efectuar comunicados que den cuenta de las acciones locales y nacionales que favorecen la recuperación y reconstrucción de las comunidades.
- Realizar reseñas, artículos o documentales respecto de las experiencias de emergencias y desastres en los distintos territorios, así como de las acciones realizadas en respuesta y recuperación que promuevan la construcción de memoria histórica y aprendizajes colectivos.
- Privilegiar la información que fortalezca los cinco elementos de Hobfoll (121) en los procesos de rehabilitación y reconstrucción, incentivando la participación activa de la comunidad involucrada.

4. Fortalecimiento Comunitario

PREVENCIÓN

- Fomentar el empoderamiento y apropiación de la comunidad de la GRD.
- Fomentar la participación activa de la comunidad para identificar riesgos, recursos y capacidades a través de un diagnóstico participativo que potencie el empoderamiento de los actores sociales y líderes comunitarios.
- Apoyar el desarrollo de la capacidad de gestión comunitaria mediante la participación y coordinación de actividades de preparación para la respuesta ante desastres: ejercicios de simulacros de evacuación, identificación de zonas vulnerables en la comunidad, capacitaciones, etc.
- Incorporar a la comunidad en diagnósticos participativos, que permitan, por ejemplo, la construcción conjunta de mapas de recursos y riesgos existentes en el espacio local, etc.
- Asesorar y apoyar a líderes comunitarios e integrantes de comunidad organizada en la detección de factores de riesgo de las personas o comunidades que les hace susceptibles y vulnerables a daños por emergencias y desastres.
- Fomentar la elaboración de planes integrales de gestión del riesgo y de respuesta comunitaria territoriales.
- Facilitar las condiciones para que la comunidad se organice, participe y desarrolle acciones de prevención, en función de su propia estructura, organización y recursos.
- Fomentar el trabajo en red y fortalecimiento del tejido social comunitario (tanto con organismos o instituciones presentes en el territorio, como con organizaciones de base de la misma comunidad).
- Capacitar a los agentes comunitarios en materias tales como gestión integral del riesgo, primera ayuda psicológica, respuesta comunitaria ante emergencias y desastres.
- Fomentar el rescatar y valoración la memoria histórica sobre eventos ocurridos en el pasado y mecanismos de transmisión cultural, afrontamiento y resolución de las crisis.
- Desarrollar simulaciones y simulacros comunitarios.
- Fomentar mecanismos de colaboración entre las instituciones y la comunidad, reconociendo las capacidades y recursos locales, incorporando también los aportes propios de su tradición y cultura.
- Facilitar el conocimiento de la red temática de salud mental del sistema de salud, sus mecanismos de comunicación entre ellos y formas de acceso para su uso en situaciones de emergencias.

RESPUESTA

- Facilitar el apoyo social y movilización de los recursos propios de las comunidades para la mitigación y la disminución de los factores de riesgo psicosocial durante la respuesta.
- Promover de manera sistemática la autoayuda comunitaria y el apoyo mutuo a través de mecanismos formales e informales de interacción social.
- Trabajar conjuntamente con las organizaciones de base de la comunidad presentes en el territorio, líderes y agentes comunitarios, para facilitar las acciones de respuesta.
- Considerar las necesidades y recursos de los grupos específicos presentes en el territorio.
- Incorporar la participación de la comunidad en el levantamiento de información del impacto, afectación y necesidades generadas por el evento.
- Propiciar la pronta restitución u operatividad de espacios comunitarios, que faciliten el encuentro, la recreación y mantenimiento de sus actividades culturales
- Facilitar el diálogo entre la comunidad y las instituciones para una respuesta pertinente en emergencias y desastres.
- Apoyar y relevar las iniciativas comunitarias existentes para la respuesta, especialmente aquellas que promuevan el apoyo familiar y comunitario a todos los miembros de la comunidad afectados por la emergencia.
- Facilitar las condiciones para el desarrollo de prácticas de apoyo psicosocial cultural y religiosamente apropiadas.
- Facilitar condiciones de apoyo espiritual y religioso, adecuado al contexto comunitario.

RECUPERACIÓN

- Proporcionar espacios adecuados para que las personas afectadas puedan hablar de temas de reparación (judicial, simbólica, económica).
- Incorporar la participación de la comunidad en la implementación de los planes de reconstrucción articulados con las instituciones a cargo de la recuperación.
- Fortalecer las capacidades de gestión de la comunidad, medios de vida y apoyo a la puesta en práctica de iniciativas comunitarias para su sustentabilidad en el tiempo.
- Facilitar la incorporación y apropiación de la comunidad de las actividades de apoyo psicosocial que formen parte de la acción permanente de la comunidad y propiciar la derivación a los dispositivos de aquellos servicios especializados cuando se requiera.
- Facilitar la mantención de ritos y construcción de la memoria histórica con la comunidad, para la re-significación positiva de los eventos adversos, construcción de hitos o memoriales con participación activa.
- Facilitar las condiciones para prácticas terapéuticas culturales y reconstrucción del tejido social local.
- Readecuación y sistematización de los planes de gestión de riesgo de acuerdo a la experiencia adquirida y aprendizaje positivo de las vivencias (lecciones aprendidas), incorporando a la comunidad.

5. Educación para la protección de la Salud Mental en la GRD

PREVENCIÓN

- Incorporar conceptos y prácticas para la GRD en todos los niveles educación formal y no formal.
- Capacitar a líderes, representantes, agentes claves y voluntarios de la comunidad para apoyar en actividades preventivas y de preparación, como simulacros, planes comunitarios de emergencia, primera ayuda psicológica, entre otros.
- Desarrollar actividades conjuntas entre todos los actores de la comunidad para reconocer su entorno, riesgos, vulnerabilidades y capacidades para generar planes y estrategias que prevengan las posibles consecuencias de una emergencia o desastre, por ejemplo, mapas de riesgo, planes, vías de evacuación, entre otros.
- Fomentar la creación o el fortalecimiento de redes colaborativas y estrategias que contribuyan a la cultura de la prevención frente a los desastres, memoria histórica y al desarrollo de políticas de Gestión del Riesgo de Desastres, por ejemplo, museos, centros de investigación, centros de formación, memoriales, simuladores, acciones de conmemoración, entre otros.
- Fortalecer la educación y capacitación de los todos los integrantes de SNPC en forma continua, de acuerdo a su rol y funciones en el ciclo de manejo del riesgo.
- Fortalecer las habilidades de educadores y educadoras para brindar seguridad y protección a niños y niñas en emergencias y desastres.
- Desarrollar e implementar programas de educación y prevención en los establecimientos educacionales, dirigidos a la comunidad educativa (estudiantes, docentes, asistentes de la educación, familia) destinados a la preparación y la mejora en la respuesta de la comunidad frente a desastres en el corto y largo plazo.
- Promover protección psicológica de los niños, niñas y comunidad educativa, fortaleciendo capacidades y recursos de autorregulación, autocuidado y protección de la salud mental y bienestar emocional, en el marco de la educación formal y no formal.
- Elaborar materiales educativos de apoyo psicosocial para estudiantes y sus familias que permitan enfrentar situaciones de emergencia.
- Elaborar planes de seguridad escolar y manuales de convivencia de jardines infantiles y otros establecimientos educacionales, considerando la Gestión del Riesgo de Desastres.

RESPUESTA

- Velar por el restablecimiento de las actividades educativas, en el menor tiempo posible, que permita generar espacios de aprendizaje y ambientes seguros al interior de los establecimientos educacionales.
- Continuar con el desarrollo de actividades de prevención en la medida de lo posible, focalizando los esfuerzos en acciones que promuevan apoyo y acompañamiento a la comunidad educativa.
- Proporcionar a los niños y niñas un ambiente seguro en los espacios temporales donde se desarrollen actividades que favorezcan su recuperación; estas actividades de protección pueden centrarse primero en actividades educativas no formales.
- Desarrollar actividades lúdicas (cantos, bailes, cuenta cuentos, juegos, lecturas, ejercicios, entre otras), que promuevan el bienestar psicosocial y faciliten el trabajo colaborativo entre las familias afectadas y cada uno de sus miembros en los espacios temporales.
- Orientar a los líderes comunitarios en la gestión de recursos, información, servicios, ayudas, etc. que favorezcan el pronto retorno a la normalidad o solución de sus necesidades.
- Sensibilizar, informar, orientar y coordinar con la comunidad acciones para enfrentar los posibles problemas sanitarios, alimentación, educación, higienes, abrigo, etc. derivados de la emergencia o desastre.
- Recopilar información básica y detallada sobre la emergencia y su efecto en el establecimiento educativo, que permita identificar problemas de seguridad, acceso y logística para un pronto restablecimiento.
- Desarrollar actividades y medidas en la educación formal y no formal tales como:
 - Horarios flexibles y turnos escolares variables, programas educativos de extensión, programas de cuidado de niños para madres jóvenes y apoyo entre pares para estudiantes con dificultades para integrarse en el aula.
 - Consultas a representantes de jóvenes y otros miembros de la comunidad educativa para ajustar los contenidos programáticos del establecimiento y evaluar su posible reprogramación de acuerdo al estado de afectación, recursos y apoyos.
 - Desarrollo de actividades de autocuidado para la prevención y respuesta a la violencia y otras formas de abuso que puedan sucederse en situaciones de emergencias y desastres entre los miembros de los establecimientos educacionales.
- Ampliar las capacidades para el apoyo psicosocial dentro de la comunidad educativa formal y no formal.

RECUPERACIÓN

- Transmitir las experiencias y aprendizajes de la emergencia vivida, a la actual y siguiente generación, incorporando descripción de hechos, lecciones aprendidas, promoviendo la prevención y preparación ante nuevas emergencias y desastres.
- Mantener la memoria del impacto de las emergencias y desastres en Chile, a través de la creación de memoriales, que simbolizen la vivencia y los aprendizajes asociados a dichas emergencias.
- Retomar y continuar con las acciones de educación de desastres en el ámbito educativo formal y no formal, incorporando las lecciones aprendidas.
- Fomentar el desarrollo de una comunidad escolar solidaria y un entorno estable para los estudiantes afectados por la emergencia o desastre.
- Incorporar en las actividades de recuperación, acciones preventivas y de preparación, tanto en el ámbito educativo formal como no formal.

6. Trabajo Focalizado con Grupos Específicos

PREVENCIÓN

- Identificar y caracterizar a grupos específicos en el territorio, la existencia de dispositivos de atención para dichos grupos y organismos u organizaciones del SNPC que dispongan de programas o acciones focalizadas en ellos.
- Contar con un catastro de usuarios/as de los centros de atención en salud mental, residencias y hogares protegidos que, ante situaciones de emergencia, puedan requerir atención focalizada.
- Desarrollar programas o proyectos de sensibilización, capacitación y acciones de fortalecimiento de capacidades, que incorporen a grupos específicos, sus necesidades y recursos. Por ejemplo, capacitación que incorpore información sobre las reacciones psicológicas esperables a corto, mediano y largo plazo en niños, niñas, adolescentes, hombres, mujeres y adultos mayores, y su atención y manejo.
- Incorporar, en la elaboración de planes de emergencias, protocolos, planes de contingencia e instrumentos de planificación en la GRD, lineamientos y acciones que permitan la disminución de brechas y barreras para la inclusión de grupos específicos. Por ejemplo, preparación y mantenimiento de stock crítico que considere medicamentos para enfermos crónicos, ayudas técnicas para personas con discapacidad, elementos de primera respuesta que respondan a una pertinencia cultural, entre otros.
- Fomentar el desarrollo de los factores protectores presentes en la vida de pueblos indígenas o migrantes no nacionales.
- Fortalecer las competencias interculturales de los organismos del Sistema de Protección Civil que trabajan con grupos específicos (equipos de salud, equipos de primera respuesta, organismos del Estado y/u Organismos de la sociedad Civil, ONG´s, Etc.), para la protección de la salud mental en emergencias y desastres.
- Elaborar material de información y difusión sobre estrategias de cuidado de la salud mental en formatos accesibles (por ejemplo, macrotipo, audio, lengua de señas, Braille, etc.) y diversos idiomas (por ejemplo, inglés, francés, etc.).

RESPUESTA

- Incluir en el levantamiento de información y diagnóstico de la emergencia, el impacto del evento en los grupos específicos, para acciones focalizadas en aquellos en mayor situación de vulnerabilidad.
- Entregar información, considerando la pertinencia y adecuación a cada grupo específico en términos de lenguaje, disponibilidad, acceso, etc.
- Desarrollar acciones dirigidas a personas con enfermedades crónicas y con problemas previos de salud mental: como por ejemplo verificar el abastecimiento de fármacos, evaluación de la red asistencial.
- Asegurar la continuidad del tratamiento, control de pacientes ambulatorios y la reubicación de pacientes hospitalizados según requerimiento.
- Considerar la pertinencia cultural de las intervenciones para abordar el trabajo con las personas de pueblos originarios y migrantes no nacionales, con una respuesta atinente a factores culturales.
- Implementar acciones de acompañamiento para los familiares de personas fallecidas o desaparecidas a consecuencia de la emergencia o desastres.

RECUPERACIÓN

- Fomentar la participación de los grupos específicos en el proceso de rehabilitación y reconstrucción.
- Incorporar y dotar en el proceso de reconstrucción de infraestructura que considere accesos universales y necesidades particulares de los grupos específicos.
- Monitorear el proceso de recuperación de los grupos específicos en torno a los efectos sufridos por el evento potencialmente traumático. Por ejemplo, seguimiento de evolución de los efectos clínicos y psicosociales de cada grupo específico.
- Para la población migrante no nacional, considerar el apoyo en situaciones de albergue o cambio de domicilio y el apoyo para la comunicación con sus familiares en el extranjero.

7. Protección de la salud mental de las personas que colaboran en la gestión del riesgo

PREVENCIÓN

- Diseñar planes, protocolos y ejecutar acciones para la protección de la salud mental de las personas involucradas con la gestión de emergencias y desastres, que incluyan, por ejemplo:
 - Programas de capacitación en técnicas de protección de la salud mental, apoyo psicosocial y autocuidado para los diferentes niveles organizacionales.
 - Orientaciones técnicas de los equipos de respuesta.
 - Estrategias de vigilancia y recuperación de la salud mental de los equipos.
 - Ajuste de procesos administrativos (por ejemplo, días libre, cometido funcionarios, etc.)
 - Coordinar acciones con los Organismos Administradores de la Ley 16.744 para la protección de la salud mental y psicosocial de los trabajadores.
- Generar mecanismos de comunicación interna institucional, que operen ante situaciones de emergencias y desastres, que faciliten la coordinación integral entre las personas involucradas en la respuesta, de manera de mitigar los niveles de incertidumbre experimentados en el manejo del evento.

RESPUESTA

- Evaluación de daños y necesidades del personal que vive en la zona afectada por el evento.
- Activar protocolos que aborden la gestión de personas de la organización ante situaciones de emergencias y desastres, en el que se recomienda incluir: turnos, relevos y descansos para evitar sobrecarga, así como la entrega de primera ayuda psicológica y derivación para el personal que lo requiera, entre otras acciones. (ver línea de acción "Lineamientos técnicos para la intervención")
- Activar planes de apoyo psicosocial a los familiares de los equipos de respuesta que resulten afectados por la emergencia.
- Ejecutar el despliegue de equipos de apoyo a la respuesta y refuerzo desde otras zonas geográficas que facilite la rotación y descanso de las personas de la zona afectada cuando sea necesario.
- Generar instancias durante o después de las jornadas de trabajo que promuevan el autocuidado de los equipos.
- Activar sistemas de vigilancia del personal de respuesta de la emergencia que monitoree el impacto y eventuales acciones de apoyo.
- Ejecutar planes para el ajuste de procesos administrativos.
- Activar planes de comunicación interna para el abordaje y la coordinación de las personas involucradas en la respuesta, manteniendo una comunicación permanente con los equipos desplegados.
- Incorporar espacios de autocuidado para la desactivación adecuada de equipos que han participado de respuesta en emergencia y desastres, para reducir el riesgo de presentar sintomatología de depresión, estrés agudo o post-traumático, entre otros.

RECUPERACIÓN

- Fomentar el aprendizaje individual y colectivo en espacios que permitan la revisión de la experiencia de abordaje del evento, así como el reconocimiento institucional y de pares de las acciones realizadas.
- Evaluar y monitorear cambios en el desempeño laboral y/o en el estado de ánimo o salud de las personas, que puedan estar asociados a la situación de emergencia o desastre, y tomar las medidas de apoyo pertinentes.
- Promover la revisión de los procedimientos y mejora continua de los mismos ante una nueva situación de emergencia, incorporando lecciones aprendidas.

8. Lineamientos técnicos para la intervención

PREVENCIÓN

- Sensibilizar a autoridades, tomadores de decisión, equipos de primera respuesta, responsables de albergues y otros vinculados al trabajo en emergencias y desastres, en la protección de la salud mental y las acciones pertinentes a ser realizadas en todas las fases del ciclo de manejo del riesgo.
- Capacitar y habilitar a agentes comunitarios, equipos de respuesta (incluidos voluntarios) y personal de la red de salud (pública y privada) para brindar Primera Ayuda Psicológica (PAP).
- Mantener registro actualizado de actores capacitados y habilitados para proveer PAP en caso de emergencias y desastres.
- Desarrollar protocolos para la protección de la salud mental de las personas afectadas por emergencias y desastres, bajo los principios de este modelo.
- Desarrollar protocolos locales para brindar PAP en distintos escenarios: albergados, desplazados, etc.
- Preparar técnicamente a equipos de apoyo a la respuesta y la logística para su desplazamiento a zonas afectadas en aquellos casos que se requiera. A modo de ejemplo, el sector salud ha desarrollado los Equipos Médicos de Emergencia (EMT), los que cuentan con formación básica en PAP y los Equipos de Apoyo a la Respuesta en Salud Mental (Equipos ARSAM).
- Capacitar a los equipos de atención primaria de salud para la detección, tratamiento y/o derivación oportuna de personas que desarrollen problemas de salud mental asociados a la vivencia de una emergencia o desastre.
- Fortalecer los planes de respuesta existentes, para atender integralmente a personas con trastornos de salud mental en tratamiento y que pudiesen verse agravados, así como aquellos casos nuevos que requieran atención especializada tras la vivencia de un desastre.

RESPUESTA

- Realizar una evaluación para determinar la pertinencia y oportunidad de la o las intervenciones psicosociales requeridas, en función de las características de la emergencia y de los grupos afectados.
- Asegurar que los equipos de salud que actúan como primera línea de contacto con la población (por ejemplo, de atención primaria) cuentan con las capacidades para la identificación y manejo de los problemas de salud mental más frecuentes.
- Reorientar el quehacer de los servicios especializados de modo que se ajusten a las necesidades emergentes de la población afectada.
- Brindar Primera Ayuda Psicológica priorizando en personas más afectadas y/o en mayor situación de vulnerabilidad.
- Realizar intervenciones psicosociales grupales solo cuando sea pertinente de acuerdo a la evaluación realizada, con objetivos acotados y desarrollado por personal con las competencias y formación acorde.
- Brindar continuidad de tratamiento a las personas con trastornos mentales preexistentes o diagnosticado durante la emergencia.

RECUPERACIÓN

- Asegurar la continuidad de la atención integral de las personas que han requerido tratamiento en fase de respuesta, y aquellas que pudieran necesitarlo en fase de recuperación, propiciando el fortalecimiento de sus redes comunitarias.
- Derivar/brindar tratamiento psicoterapéutico, si la evaluación integral indica que la persona lo requiere, utilizando los enfoques recomendados como Psicoterapias Centradas en el Trauma (PT-CT), Terapia de Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares (EMDR, de sus siglas en inglés) o Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma.

ANEXO 2: CLASIFICACIÓN GRUPOS ESPECÍFICOS DE LOS POTENCIALMENTE AFECTADOS

Cada persona o grupo humano que se ve afectado por un evento potencialmente traumático, presenta características que en determinados casos determina la necesidad de realizar un trabajo diferenciado. A continuación se describe una lista de dichos grupos, los cuales serán definidos como poblaciones especiales, entendiéndoles como grupos humanos que por una condición propia o adquirida en el evento, requieren de un cuidado diferenciado, el cual generalmente se expresa en programas específicos considerando sus respectivas particularidades (169). Ellos son:

- a. **Según grupo etario**, básicamente niños, niñas, adolescentes y adultos mayores.
- b. **Intervinientes**, quienes van a prestar ayuda o intervienen en el evento. Son aquellas personas que voluntariamente, ya sea por un mandato laboral o altruista, trabajan en una situación de emergencia o desastre.
- c. **Personas con enfermedades crónicas**, que pueden ser dependientes de tratamientos médicos (por ejemplo diálisis), hospitalizados o dependientes de fármacos (por ejemplo diabéticos).
- d. **Personas en situación de discapacidad**, que pueden tener dificultad para movilizarse (por ejemplo, dependientes de sillas de ruedas), dificultades perceptivas (por ejemplo ciegos, sordos, etc.), dificultades cognitivas, etc.
- e. **No nacionales**, que pueden ser extranjeros (quienes legalmente se encuentran temporalmente o de paso en el país afectado), inmigrantes (quienes se han trasladado a vivir al país afectado, pudiendo estar en condición migratoria regularizada o no regularizada), desplazados (quienes se han visto obligados de moverse geográficamente debido a motivos de fuerza mayor), refugiados (quienes se encuentren bajo soporte del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) u otra agencia que les entregue protección).
- f. **Pueblos indígenas**, definidos como los “descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional desde tiempos precolombinos, que conservan manifestaciones étnicas y culturales propias siendo para ellos la tierra el fundamento principal de su existencia y cultura”(172).
- g. **Población privada de libertad**, corresponde a quienes producto de una condena o de un proceso investigativo se encuentran en situación de cumplimiento penitenciario, pudiendo ser del tipo penal (por ejemplo, nocturna o total) o alternativa (total o parcial en el domicilio) (173).
- h. **Damnificados**, personas que han sufrido, en su persona o en sus bienes, especialmente en su condición de habitabilidad, daños evaluables y cuantificables, provocados directamente por una emergencia o desastre, como también, los familiares que viven a sus expensas. También se consideran damnificadas, las personas que por la misma causa hayan perdido su fuente laboral, ocupación o empleo.
- i. **Género**: este modelo propone un trabajo con enfoque de género, lo que implica actuar con sensibilidad frente a las normas construidas socialmente en torno al sexo y género de las personas, las que pueden influenciar negativamente su condición de salud, teniendo en cuenta factores biológicos y socioculturales. Es el caso de mujeres y hombres que enfrentan estigmas, discriminación o exclusión social, que presentan dificultades para acceder a cuidados de salud, falta de representatividad y equidad en la toma de decisiones, o que simplemente experimentan un trato desigual dado el género. En términos generales, los desastres no afectan por igual a las mujeres y a los hombres; enfrentan el riesgo y viven las consecuencias de los desastres de

manera diferente; así mismo, sus necesidades en tales situaciones son también distintas. Estas condiciones pueden transformarse en vulnerabilidad social mantenida en el tiempo, agudizándose en tiempos de crisis. Desde este enfoque, la vulnerabilidad se multiplica en el caso de personas transgénero, transexuales que se perciben del género contrario, entre otras.

- j. **Personas con problemas previos de salud mental**, que pueden verse agudizada su problemática con el eventual impacto en su calidad de vida. Algunas personas en esta condición podrán recuperarse con facilidad con sus propios recursos. Sin embargo, habrá otras personas, con o sin un diagnóstico previo, que necesitarán apoyo especializado por los equipos de salud mental y continuidad de tratamiento en los casos que se hayan encontrado bajo control.
- k. **Personas y comunidades expuestas a dos o más eventos**, incluyendo a quienes por diversos motivos han estado involucrados o se han visto afectados por una serie de eventos en un determinado periodo de tiempo.
- l. **Familiares o cercanos de personas fallecidas o desaparecidas**, que se ven directamente afectados por la pérdida de un ser querido, a consecuencia de una emergencia o desastre⁹.

Se debe destacar que la clasificación presentada responde a un orden metodológico propuesto por el modelo y que recoge las recomendaciones de nivel nacional e internacional y legislación vigente en nuestro territorio nacional. A su vez, se debe considerar el carácter dinámico de dicha clasificación, pudiendo encontrarse una superposición de poblaciones expuestas que operan simultáneamente durante una emergencia o desastre, por ejemplo: se puede encontrar la dinámica conjunta de ser niño o niña, discapacitado/a y pertenecer a un pueblo indígena, lo cual supone un aumento de las vulnerabilidades frente a un evento. En base a ello, surge la necesidad que las organizaciones o instituciones que intervienen puedan adaptar su respuesta considerando el carácter dinámico de los grupos anteriormente expuestos.

⁹ Se incorpora este grupo en atención a la necesidad de diseñar acciones específicas, considerando su afectación.

GLOSARIOS

Glosario de siglas

ACNUR:	Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados
ANATEL:	Asociación Nacional de Televisión
APS:	Atención Primaria de Salud
ARCHI:	Asociación de Radiodifusores de Chile
ARSAM:	Equipos de Apoyo a la Respuesta en Salud Mental
BRIFE:	Brigadas Forestales del Ejército de Chile
CAT:	Centro de Alerta Temprana
CEPAL:	Comisión Económica Para América Latina y El Caribe
CIGIDEN:	Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales
COE:	Comité de Operaciones de Emergencia
CONAF:	Corporación Nacional Forestal
CONICYT:	Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica
CNTV:	Consejo Nacional de Televisión
ChCC:	Chile Crece Contigo
DIRECTEMAR:	Dirección General del Territorio Marítimo y Marina Mercante
DS:	Decreto Supremo
EBI:	Escala de Bienestar Infantil
EDAN:	Evaluación preliminar de los daños y análisis de las necesidades
EMDR:	Desensibilización y Reprocesamiento a través de Movimientos Oculares (por sus siglas en inglés)
EYD:	Emergencias y Desastres
FF.AA:	Fuerza Aérea
FASIC:	Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas
FIBE:	Ficha Básica de Emergencia que integra el Sistema de Evaluación de Daños y Necesidades
FONASA:	Fondo Nacional de Salud
FONDAP:	Fondo de Financiamiento de Centros de Investigación en Áreas Prioritarias
GIR:	Gestión Integral del Riesgo
GOPE:	Grupo de Operaciones Policiales Especiales de Carabineros de Chile
GRD:	Gestión del Riesgo de Desastres
IASC:	Inter-Agency Standing Committee
ISAPRE:	Instituciones de Salud Previsional
ISTSS:	Sociedad Internacional de Estudios de Estrés Traumático (por sus siglas en inglés)

JICA:	Japan International Cooperation Agency (Agencia de Cooperación Internacional del Japón)
MINSAL:	Ministerio de Salud
MOP:	Ministerio de Obras Públicas
NSE:	Nivel Socio Económico
OFDA:	Office of U.S. Foreign Disaster Assistance (Oficina de Asistencia para Desastres en los Estados Unidos)
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
ONEMI:	Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública
PAP:	Primeros Auxilios Psicológicos o Primera Ayuda Psicológica
PARME:	Patrulla de Auxilio y Rescate Militar del Ejército
PUC:	Pontificia Universidad Católica de Chile
PVCh:	Psicólogos Voluntarios
RRD:	Reducción de Riesgo de Desastres
SAR:	Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución
SHOA:	Servicio Hidrográfico y Oceanográfico de la Armada
SEREMI:	Secretaría Regional Ministerial
SM:	Salud Mental
SMAPS:	Salud Mental y Apoyo Psicosocial
SNPC:	Sistema Nacional de Protección Civil
SNSS:	Sistema Nacional de Servicios de Salud
SOCHPED:	Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres
SNRI:	Serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors (Inhibidor de la Recaptación de serotonina y noradrenalina)
SSRI:	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina)
TCC-CT:	Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma
TEP:	Tratamiento por Exposición Prolongada
TEPT:	Trastorno de Estrés Postraumático
UAB:	Universidad Andrés Bello
UCN:	Universidad Católica del Norte
UFSM:	Universidad Técnica Federico Santa María
UNICEF:	United Nations International Children's Emergency Fund (Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia)
USAID:	United States Agency for International Development (Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional)

Glosario de conceptos

- **Alerta:** Estado de vigilancia y atención permanente sobre los escenarios de riesgo. La declaración de alertas al Sistema de Protección Civil advierte de la probable y cercana ocurrencia de un fenómeno adverso y/o el aumento en su extensión o severidad. Conlleva la activación de procedimientos de acuerdo al nivel de ésta, pudiendo ser Verde, Temprana Preventiva, Amarilla y Roja, niveles que se determinarán en función del riesgo y de los recursos movilizados en la atención de la emergencia.

La declaración de alerta debe ser clara, comprensible y accesible, vale decir, difundida por el máximo de medios; además, debe ser inmediata y sin demora, puesto que cualquier retardo puede sugerir que el evento no es ni probable ni cercano. La alerta debe ser coherente, sin contradicciones, oficial y procedente de fuentes autorizadas.

- **Amenaza:** Es un factor externo de riesgo, representado por la potencial ocurrencia de un suceso ya sea de origen natural, o por la actividad humana. Puede manifestarse en un lugar específico, con una intensidad y duración determinadas.
- **Apoyo Psicosocial en desastres:** Proceso mediante el cual se facilita la resiliencia (capacidad de asumir con flexibilidad situaciones límites y sobreponerse a ellas) en personas, familias y comunidades, permitiéndoles hacer frente a las reacciones emocionales a eventos críticos y recuperarse de los efectos de las crisis, además de ayudarles a hacer frente a tales acontecimientos en el futuro (174). El apoyo Psicosocial también puede facilitar otros procesos, tales como la vinculación de las redes sociales, el fortalecimiento comunitario, y la recuperación espontánea de los afectados, entre otros.
- **Apoyo social:** El apoyo social se ha definido como la información que lleva al sujeto a creer que es cuidado, amado y valorado, o que pertenece a una red de comunicación y de mutua obligación (175). Además, las conceptualizaciones contemporáneas apuntan al apoyo social como “una red de familiares, amigos, vecinos y miembros de la comunidad que están disponibles en momentos de necesidad para brindar ayuda psicológica, física y financiera” (176).
- **Capacidad:** Es un conjunto de recursos, fortalezas y aptitudes que tiene un individuo, comunidad u organización, para lograr objetivos propuestos, en un lugar y tiempo determinado.
- **Capacidad de Respuesta:** Es la acción de articular y gestionar los recursos humanos, materiales, técnicos y financieros, con que cuenta una comunidad en un territorio determinado, de acuerdo a lo establecido en un plan de emergencia o respuesta ante situaciones de emergencia o desastre.
- **Catástrofe:** Es una alteración de gran magnitud, que hace insuficientes los medios y recursos nacionales, siendo requerida ayuda de la comunidad internacional.
- **Comunicación de riesgo:** Es aquella que tiene en consideración los factores políticos, sociales y económicos y analiza el riesgo real y percibido, con el fin de seleccionar la mejor respuesta en comunicación para la seguridad de la población ante un peligro probable.
Asigna una gran importancia al diálogo con las poblaciones afectadas y con el público interesado, para brindarles la información necesaria que les permita tomar las mejores decisiones posibles durante una emergencia o desastre con impacto en la salud pública (177,178).
- **Damnificados:** corresponde a las personas y familiares que viven a sus expensas que, producto de la emergencia o desastre, han sufrido en su persona o sus bienes, especialmente su condición de habitabilidad, daños evaluables y cuantificables. Considera también a quienes, por las mismas causas, perdieron su fuente laboral, ocupación o empleo (49).

- **Debriefing psicológico:** Se describe como promoción de la ventilación emocional pidiendo a la persona que describa breve pero sistemáticamente sus percepciones, pensamientos y reacciones emocionales durante el acontecimiento traumático (174).

Es un tipo de intervención en crisis que se realiza en forma grupal, centrada en la discusión de un evento traumático, cuyo objetivo es la disminución del estrés y la restauración de la cohesión grupal mediante el uso de la catarsis. Puede ser descrito también como un proceso psicoeducativo en el que se cuenta la historia y experiencia del evento traumático, combinada con la entrega de información práctica para normalizar las reacciones de estrés y así facilitar su recuperación. No obstante, existen ensayos clínicos que desaconsejan su utilización porque no han encontrado que sea efectivo e incluso podría tener un efecto negativo o contraproducente (iatrogénico) al aumentar la incidencia de TEPT (136). Las hipótesis de su efecto tienen relación con la ventilación emocional recurrente y su vínculo en los recuerdos del trauma y su fijación (138,140,179).

- **Desastre:** Es la interrupción grave del funcionamiento de una comunidad o sociedad, que puede causar pérdidas humanas, materiales, económicas o ambientales generalizadas, que exceden la capacidad de respuesta utilizando los propios recursos.
- **Emergencia:** Es un evento o incidente de origen natural o causado por la actividad humana, que produce una alteración en un sistema (social, político, económico y ambiental), que no excede o supera su capacidad de respuesta.
- **Evaluación del Riesgo:** Metodología para determinar la naturaleza y el grado de riesgo a través del análisis de posibles amenazas y la evaluación de las condiciones existentes de vulnerabilidad que conjuntamente podrían dañar potencialmente a la población, la propiedad, los servicios y los medios de sustento expuestos, al igual que el entorno del cual dependen.
- **Marco de Sendai 2015–2030:** Instancia que da continuidad al trabajo desarrollado por el marco de acción de Hyogo (2005–2015). Establece prioridades, las cuales tienen el propósito de lograr una reducción considerable de la pérdida de vidas humanas y medio de vida o subsistencia, a causas de los desastres.
- **Mitigación:** Etapa de la fase de prevención. Se refiere a aquellas actividades, acciones y gestiones tendientes a reducir o aminorar el impacto, reconociendo que en ocasiones es imposible eliminar las condiciones de riesgo.
- **Percepción de riesgo:** Es un producto socio-cultural complejo, que incide en la participación de la población en la prevención, preparación y respuesta y recuperación en una situación de emergencia de salud pública. La estimación del riesgo está influida por la percepción. En este sentido, la estimación del riesgo entre los científicos y la población es diferente. Es así como la percepción del riesgo está influida por los siguientes elementos clave: experiencias vividas, valores individuales y sociales, conocimientos, posibilidades de controlar la situación, características y causas del riesgo (180).
- **Preparación:** Etapa de la fase de prevención que alude a las actividades, acciones y gestiones, destinadas a reducir al mínimo la pérdida de vidas humanas y de otros daños, a través de la organización, planificación y entrenamiento previo de medidas y procedimientos de respuesta y rehabilitación para que estas sean oportunas y eficaces.
- **Prevención:** Fase del ciclo de manejo del riesgo que incluye todas aquellas actividades, acciones y gestiones previas a la ocurrencia del daño o del evento adverso, a fin de evitarlo o suprimirlo definitivamente. De no ser posible esto, reducir al máximo los efectos que sobre

las personas, los bienes y el medio ambiente, que pueden llegar a provocar los fenómenos de origen natural o humano.

- **Prevención:** etapa de la fase de prevención que alude a todas aquellas actividades destinadas a suprimir o evitar definitivamente que sucesos naturales o generados por la actividad humana causen daño.
- **Primeros Auxilios Psicológicos:** Respuesta humana para reconfortar a otro ser humano que sufre y puede necesitar apoyo. Abarca cuidado básico, pragmático, no intrusivo de este ser humano, centrado en escucharlo sin forzarlo a hablar, evaluar sus necesidades y preocupaciones, velar por que tenga cubiertas sus necesidades básicas, alentar a otras personas significativas a prestarle apoyo social y protegerlo de daños suplementarios. La OMS propone los siguientes principios de actuación: Observar, Escuchar y Conectar, y un momento previo de preparación que implica conocer las características del evento, los servicios disponibles y las condiciones de seguridad (38,134,136,166).
- **Promoción de la Salud:** Proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca las acciones dirigidas a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, así como también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.
- **Reconstrucción:** consiste en la reparación y/o reemplazo, a mediano y largo plazos, de la infraestructura dañada y, en la restauración y/o perfeccionamiento de los sistemas de producción. (Ejemplos: construcción de viviendas y edificios públicos; reparación de carreteras y aeropuertos; reforestación; recuperación agrícola; pavimentación de carreteras; ordenamiento territorial).
- **Recuperación:** Fase del Ciclo de Manejo del Riesgo. Corresponde a las actividades posteriores al evento destructivo y tienen por objetivo volver al estado de desarrollo previo y, más aún, intentando superar ese nivel. Considera las etapas de Rehabilitación y Reconstrucción.
- **Rehabilitación:** Etapa de la Fase de Recuperación que corresponde al período de transición comprendido entre la culminación de las acciones de respuesta y el inicio de las acciones de reconstrucción. Consiste en la recuperación en el corto plazo, de los servicios básicos e inicio de la reparación del daño físico, social y económico. (Por ejemplo: restablecimiento del servicio de agua potable, de la energía eléctrica; despeje de caminos).
- **Resiliencia:** se refiere a la capacidad de una persona, sistema, comunidad o sociedad, expuestos a una amenaza para resistir, absorber, adaptarse y recuperarse de sus efectos de manera oportuna y eficaz, lo que incluye la preservación y la restauración de sus estructuras y funciones básicas (181).
- **Resiliencia Individual:** Capacidad de mantener y/o recuperar precozmente el funcionamiento saludable a lo largo del tiempo luego de un incidente crítico, así como la capacidad para generar experiencias y emociones positivas. Es el resultado de un proceso exitoso de adaptación frente a un evento adverso (15).
- **Respuesta:** Corresponde a las actividades propias de atención y control ante un evento destructivo y que se llevan a cabo inmediatamente después de ocurrido el evento. Tienen por objetivo salvar vidas, reducir el impacto en la comunidad afectada y disminuir pérdidas.
- **Riesgo:** Es la probabilidad de exceder un valor específico de daños sociales, ambientales y económicos en un lugar dado y durante un tiempo de exposición determinado. El valor específico de daños se refiere a las pérdidas que la comunidad o sociedad está dispuesta a asumir.

- **Salud Mental:** Es la capacidad de las personas para interactuar entre sí y con el medio ambiente, de modo de promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales, el logro de sus metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común (182).
- **Trastorno de Estrés Agudo (TEA):** Según el CIE-10, puede definirse como una reacción transitoria al estrés provocado por un evento excepcional que afecta el plano psíquico y físico y que dificulta la capacidad adaptativa de la persona. Los síntomas se configuran en un cuadro de presentación cambiante, y por lo general remiten en el plazo de horas o días. Si los síntomas persisten en el tiempo y en intensidad, debe considerarse un cambio de diagnóstico por Trastorno de Estrés Postraumático.
- **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT):** Respuesta tardía a un evento estresante de naturaleza amenazante o catastrófica, situación que causaría reacciones de angustia generalizada en casi cualquier persona. Se caracteriza por episodios vívidos como una repetición del trauma a través de pensamientos intrusivos, sueños o pesadillas, experimentados en un fondo de aplanamiento emocional, desapego, incapacidad para sentir placer, pérdida de interés (anhedonia) y un estado de alerta excesiva y persistente (hipervigilancia, insomnio). La ansiedad y la depresión se asocian con frecuencia al resto de los síntomas, siendo frecuente la presencia de ideación suicida. El comienzo del trastorno sigue a la ocurrencia del evento traumático, con periodos de latencia que varían entre semanas a meses, e incluso años (183).
- **Experiencia Traumática:** Experiencia de riesgo de muerte, lesiones físicas graves o violencia sexual, ya sea como afectada/o directa/o, testigo, familiar del afectado a o profesional interviniente. El DSM-5 (versión en inglés) la define como “cualquier exposición a una situación estresante de naturaleza excepcionalmente amenazante u horrorizante que producirá un malestar profundo en la mayoría de las personas”. En un sentido más amplio, también pueden considerarse “traumas” otras experiencias fuertemente estresantes desde el punto de vista subjetivo. En cualquier caso lo central del trauma es que la experiencia es extremadamente estresante para la persona y percibe que no tiene control sobre ésta.
- **Vulnerabilidad:** se concibe como un factor interno de riesgo de un sujeto, objeto o sistema expuesto a una amenaza, que corresponde a su disposición intrínseca a ser dañado (184).
- **Vulnerabilidad Social:** La vulnerabilidad social es una condición preexistente o una propiedad inherente de las comunidades existentes, independientemente del peligro o riesgo. Describe aquellas características de la población (Nivel socioeconómico, sexo, raza y/o etnia, edad, tenencia de vivienda (propiedad), empleo, ocupación, estructura familiar, educación, crecimiento demográfico, acceso a los servicios médicos, poblaciones con necesidades especiales y dependencia social) que influyen en la capacidad de la comunidad para prepararse, responder y recuperarse de los peligros y desastres. La vulnerabilidad social interactúa con los procesos naturales y el entorno construido para redistribuir los riesgos y los impactos de los peligros naturales y de esta forma crea la carga social de los peligros (61). Algunos factores de vulnerabilidad social descritos: falta de acceso a los recursos (incluida la información, el conocimiento y la tecnología); acceso limitado al poder político y la representación; capital social, incluidas las redes sociales y las conexiones; creencias y costumbres; construcción de stock y edad; personas frágiles y físicamente limitadas; y tipo y densidad de infraestructura y líneas de vida (185).

ORGANIZACIONES PARTICIPANTES

El presente documento fue desarrollado bajo el proyecto “Adapting of Kokoronokea to Mental Health Care Model of Emergencies and Disasters” (2014–2018) que contó con la participación del **Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGIDEN)** CONICYT/FONDAP 15110017, el **Ministerio de Salud de Chile (MINSAL)** y la **Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile (ONEMI)**, y bajo la cooperación técnica del **Instituto de Hyogo para el Estrés Traumático (HITS)** y bajo el financiamiento de la **Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA)**.

COORDINADORES POR ORGANIZACIÓN

Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGIDEN)	Ministerio de Salud de Chile (MINSAL)	Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior y Seguridad Pública de Chile (ONEMI)
Humberto Marín Uribe	Paz Anguita Hernández	Consuelo Cornejo Solari
Paula Cortés Montenegro	Susana Chacón Sandoval	Gonzalo Barría Zapata
Nadia Egas Tapia	Irma Rojas Moreno	Carla Basaure Avendaño
Katitza Marinkovic Chávez	Patricia Salvadó Verches	Miguel Muñoz Barraza
	Gonzalo Soto Brandt	Helia Vargas Valdés
	Claudia Valenzuela Azócar	

EQUIPO DE APOYO AL DESARROLLO DEL MODELO Regiones y Nivel Central

MINSAL	ONEMI
Sandra Bahamondes Araneda	Denis Orbenes Valenzuela
Álvaro Campos Muñoz	Andrea Aravena Herrera
Iván Cárcamo García	Luis Calixto González
Giselle Espinosa Valenzuela	Alejandro Hennicke Valdeavellano
Jessica Gallardo Ayala	Francisca Herrera Castillo
Andrea Jara Rojas	Luis Jiménez Villalobos
Gabriel Lagos Muñoz	José Luis Mellado Varela
Ester López Fuentes	Alejandra Riquelme Reyes
Patricia Montenegro Castillo	Sandra Tapia Acuña
Ingrid Olmos Jeldes	Carlos Ureta González
	Antonio Vergara Monares

