

EXPERIENCIA DE PRIMERA RESPUESTA EN SALUD MENTAL: PROPUESTA DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL Y DESASTRES. TERREMOTO FEBRERO 2010.

EXPERIENCE OF FIRST RESPONSE IN MENTAL HEALTH: PROPOSAL FOR A MODEL OF INTERVENTION IN MENTAL HEALTH AND DISASTERS. 2010 EARTHQUAKE.

Equipo Psicotrauma del Servicio de Salud – Concepción Chile*

RESUMEN

El presente artículo tiene por objetivo presentar las acciones desarrolladas por el Equipo de Psicotrauma del Servicio de Salud – Concepción Chile, en ocasión del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. Las intervenciones han sido sistematizadas en un modelo de intervención con énfasis en gestión comunitaria, lo cual se trabajó durante y posterior a la intervención en una ardua labor de rescate de información, sistematización, reflexión crítica de las actividades, toma de decisiones y formulación de estrategias, y revisión bibliográfica; lo que en conjunto permitió elaborar el modelo que se presentará a continuación. De la experiencia desarrollada, uno de los grandes aprendizajes, y que constituye el eje articulador de la estrategia de intervención, es la importancia del trabajo y el fortalecimiento de las redes comunitarias y por tanto la gestión comunitaria en situación de desastre y catástrofe, considerando con ello el rol clave de los distintos actores a nivel local, ya que sin ellos no hubiera sido posible alcanzar los resultados propuestos.

Palabras Clave: Estrategias de intervención en emergencias, catástrofe, salud mental.

* **David Provoste Lagos**, Médico Psiquiatra, Servicio de Salud Concepción. Mail: davidprovoste@gmail.com; **Eva Contreras Aburto**, Médico Psiquiatra, Servicio de Salud Concepción. Mail: evacontreras@gmail.com; **Ximena Fernández Vicente**, Psicóloga. Mail: xi.fernandez@gmail.com; **Manola Flores Bravo**, Enfermera Supervisora CR Salud Mental y Psiquiatría HGGB. Mail: manolaf@ssconcepcion.cl; **Gabriel Lagos Muñoz**, Psicólogo COSAM San Pedro de la Paz. Mail: gabriellagos@gmail.com; **María Isabel Leal Llanos**, Trabajadora Social, Jefe COSAM San Pedro. Mail: maisa81@gmail.com; **Nelson Pérez Terán**, Médico Jefe CR Salud Mental y Psiquiatría HGGB. Mail: nepetegabr@hotmail.com; **Paula Rodríguez Raig**, Psicóloga Servicio Pediatría HGGB. Mail: polarodriguezraig@gmail.com; **Alejandra Soto Mendoza**, Psicóloga, Jefe COSAM Coronel. Mail: asotomendoza@gmail.com; **Viviana Torres Ramos**, Psicóloga COSAM Concepción. Mail: torresviviana11@yahoo.es

ABSTRACT

The present article must by objective present display the actions developed by the Equipment of psycho-trauma of the Service of Health in Concepcion, Chile, with occasion of the earthquake of February, 27th 2010 in Chile. The interventions have been systematized in a model of intervention with emphasis in communitarian management. It was done during and following the disaster and included an arduous rescue work of information, systematization, critical reflection of the activities, a description of the decisions and strategies, and a literature review, which allowed creating the model that will appear next. From the developed experience, one of the great learnings that constitutes the main axis of the intervention strategy, was the importance of community work and the fortification of the communitarian networks. Therefore, the communitarian management in situation of disaster and catastrophe became critical as different actors from local level played a significant, key role in terms of achieving the proposed results.

Key words: Intervention strategies emergencies, catastrophe, mental health.

I. INTRODUCCION

Las acciones se desarrollaron a partir del día 28 de Febrero de 2010, en las comunas pertenecientes a la jurisdicción territorial del Servicio de Salud Concepción, particularmente en las comunas de Concepción, San Pedro de La Paz, Lota y Coronel, identificadas como comunas de mayor vulnerabilidad en el catastro de 72 horas, realizado por el Equipo de Psicotrauma. El catastro y el diagnóstico precoz de las dificultades en las zonas antes mencionadas, permitió activar una serie de acciones pertinentes a las características geográficas, a los daños de conectividad, el número de afectados y la demanda espontánea de los funcionarios de salud, extendiéndose a localidades de la jurisdicción del Servicio de Salud Talcahuano.

Cabe destacar que en las situaciones críticas, hay dos elementos “inmanejables” que son centrales: el tiempo y el azar. Los profesionales, técnicos y operadores, estamos formados para una visión del mundo que es regular, estable, predecible y controlable y por lo tanto, en situaciones críticas sintonizamos

fuertemente con los otros participantes de la situación (con sus temores, confusiones, angustias y estrategias defensivas), con el agravante que la mayoría de las estrategias de intervención que han sido puestas a nuestra disposición, son del tipo “control y dirección”; que tienden a construirnos un lugar de fuerte protagonismo. Según Edgar Morin (1979), todo proceso turbulento que intente ser controlado, tiene muchas posibilidades de volverse caótico, y en ese sentido, los intentos de control por parte de quien interviene, puede ser nuestra contribución negativa en las situaciones críticas.

Uno de los grandes aprendizajes de esta experiencia tiene que ver con que las situaciones de catástrofe nos desarticulan los mapas que nos sirven de guía en la cotidianidad. Con esto surge la necesidad inmediata de visualizar qué recursos tenemos disponibles para entramarnos en las redes sociales, además de facilitar y expandir sus capacidades reparadoras.

II. CONTEXTO

Área de intervención

Salud mental en situación de emergencia y catástrofe, con énfasis en gestión comunitaria.

Periodo de implementación

La intervención y ejecución de actividades se desarrolla durante 2 meses, desde el 29 Febrero 2010 al 30 de abril de 2010.

Los dispositivos de salud que forman parte de la red perteneciente a la jurisdicción del Servicio de Salud Concepción y que participaron directamente de la intervención fueron de las comunas de Lota, Coronel, San Pedro de la Paz y Concepción.

III. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN PSICOTRAUMA

Las principales problemáticas y por tanto ejes de la experiencia fueron la rearticulación de la red de salud y la atención directa a funcionarios de los

dispositivos de salud, por lo mismo previo a la descripción del modelo y fases de implementación de la intervención en Psicotrauma, se desarrolla un análisis de los actores locales involucrados en la experiencia, los que con distintos niveles de participación y roles contribuyeron de manera clave a la planificación, desarrollo e implementación de la intervención.

1. Identificación y análisis de actores involucrados, roles y niveles de participación.

El análisis desde los actores permite contar con un número finito de ellos, los que con distintos niveles y tipos de participación se podrán considerar para futuras acciones de éste tipo y otras tendientes a la prevención y preparación frente a desastres. Así también, permite crear alianzas estratégicas a nivel comunitario, mejorar las prácticas comunicacionales y de coordinación entre instituciones en distintos niveles. A nivel local /comunitario que intervinieron en el desarrollo, implementación y posterior réplica de las actividades desarrolladas.

Ilustración 1: Diagrama de actores a nivel Local y Comunitario



Figura 1. Actores Local/Comunitario

Fuente: Elaboración del Equipo Psicotrauma

Las principales acciones de estos actores fueron las siguientes:

- Coordinar con su red la atención de salud mental de la población afectada.
- Realizar intervenciones médicas y psicosociales, identificando los casos más problemáticos, atenderlos y/o derivarlos donde corresponda (referencia y contrareferencia).
- Informar a la población y realizar difusión de salud mental en temas atinentes a la situación de catástrofe, a través de los medios de comunicación existentes, radios, prensa y TV; acompañados de dípticos específicos.

Nivel Central y Regional.

Red de actores a nivel nacional y regional que participaron en la planificación e implementación del plan de trabajo post terremoto.

Ilustración 2. Diagrama de actores a nivel Nacional y Regional

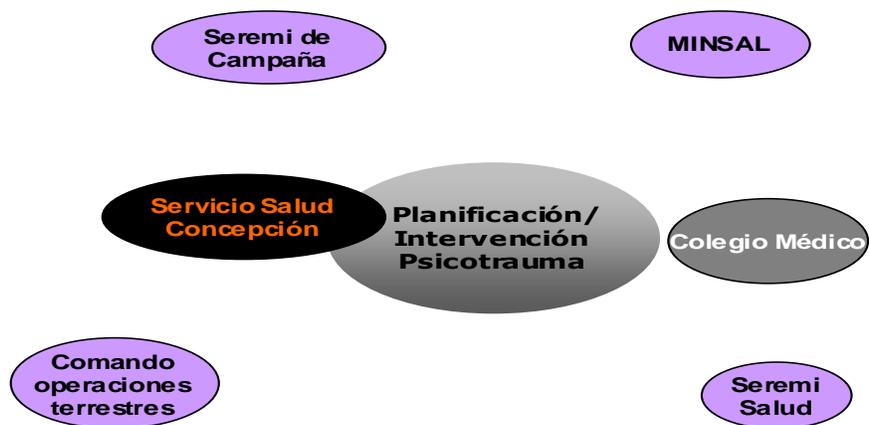


Figura 2. Actores Nacional/Regional

Fuente: Elaboración del Equipo Psicotrauma

Principales Roles:

- Dictar la normativa y entregar las bases que servirán de marco legal para trabajar en el tema de catástrofes y desastres.
- Supervisar la planificación y ejecución de las actividades que le competen al Plan de Protección de la Salud Mental en Situaciones de Emergencias y Desastres.
- Entregar los recursos humanos, físicos y de logística para que los equipos desarrollen el trabajo operativo en terreno.

Durante la actividad destinada a la identificación y análisis de actores desarrollada durante la sistematización, se evidenció que la posición del Equipo Psicotrauma se encontraba fuertemente ligada a un nexo entre los distintos niveles, pero sobretodo entre el nivel regional y local.

2. Modelo de Intervención implementado por Equipo de Psicotrauma

La Estrategia de intervención utilizada responde a las necesidades detectadas en el territorio a través del diagnóstico de 72 horas y se fundamenta en dos modelos: Modelo de Intervención de Inbar (1994) y el Modelo de Redes.

Para poder enfrentar de manera oportuna y eficiente las consecuencias psicosociales derivadas de una situación de desastre, resulta necesario definir las líneas generales de acción de un plan de atención de salud mental en emergencias. La evaluación rápida de la situación de salud mental después de un desastre o emergencia “se constituye en una herramienta que facilita definir, con la mayor objetividad posible, las acciones prioritarias e inmediatas que se requieran en este campo” (Guía práctica de Salud Mental en situación de desastres OPS, 2006).

Un modelo de intervención eficiente considera una perspectiva psicosocial en el trabajo en catástrofes. Para esto, se requiere el fortalecimiento físico y material (dotación de recursos económicos y materiales, incluyendo las rentas e

ingresos, el acceso a los recursos productivos, la dotación de infraestructuras y el acceso a la educación y la salud); el fortalecimiento social y organizativo y por último el fortalecimiento de habilidades y actitudes individuales. Es importante considerar el fortalecimiento social y organizativo y el fortalecimiento en las actitudes y habilidades de las personas y las comunidades como elementos básicos que pueden romper la espiral de vulnerabilidad de las poblaciones afectadas por desastres (Pérez-Sales, 2004).

El modelo utilizado implica dos líneas de acción diferenciadas y coordinadas. Por una parte, la intervención directa que incluye el apoyo psicosocial a nivel individual y grupal; por otra, la de población general, orientada a aliviar o controlar los efectos del trauma y restablecer el equilibrio, evitando la revictimización. El objetivo central es facilitar y apoyar los procesos naturales de recuperación y prevenir que persistan o se agraven los síntomas, o que surjan enfermedades (Guía práctica de Salud Mental en situación de desastres OPS, 2006).

Otra línea de intervención es la relativa a la articulación de la red, considerando los distintos escenarios ecológicos (institucional, local y comunal). Se considera que el trabajo psicosocial en situaciones de emergencias lleve a cabo acciones coordinadas entre quienes proporcionan asistencia humanitaria, tanto entidades gubernamentales como organizaciones no gubernamentales. La atención psicosocial no es solamente responsabilidad del sector salud y tampoco se restringe a las acciones de los equipos de salud mental, compromete a las autoridades en general, es intersectorial y requiere de la participación activa de la comunidad. Los medios de comunicación masivos cumplen un papel primordial en situaciones de crisis y es de suma importancia las acciones que puede ejecutar el sector educativo, los líderes comunitarios, las iglesias y otras organizaciones de la sociedad civil (Guía práctica de Salud Mental en situación de desastres OPS, 2006).

El Plan de Atención de Emergencia en Salud Psicosocial utilizado por el Equipo Psicotrauma, se presenta en la siguiente ilustración el cuadro siguiente:

MODELO DE INTERVENCIÓN EN PSICOTRAUMA

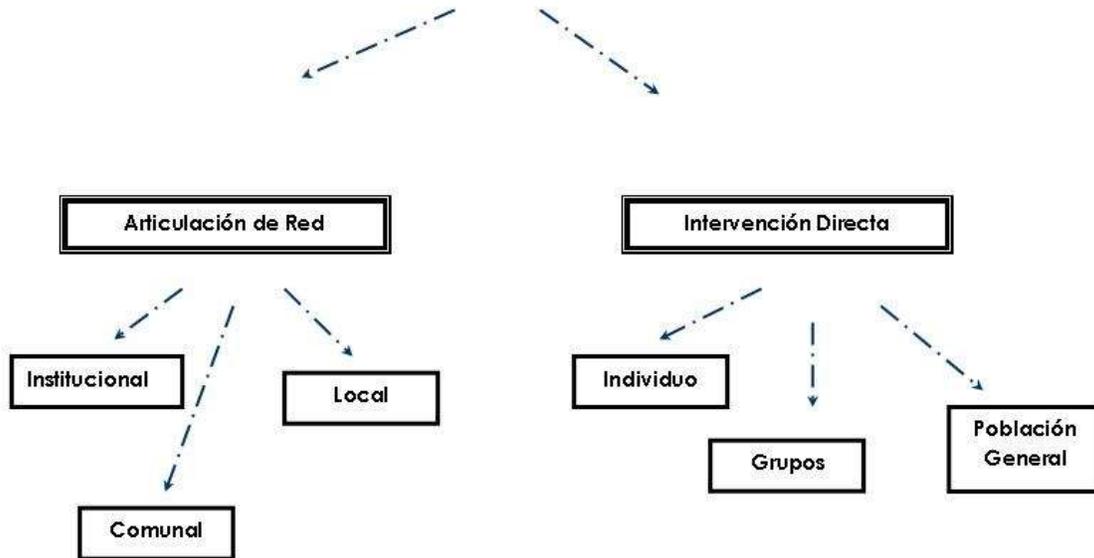


Figura 3. Modelo de Intervención en Psicotrauma

Fuente: Elaboración del Equipo Psicotrauma

A) ARTICULACION DE RED.

La coordinación y articulación en distintos niveles: institucional, local y comunal se inició con la identificación de nodos estratégicos a nivel comunitario, a través de los cuales se logró intervenir de manera directa e indirecta, por lo cual se les llamará Nodos Primarios y Secundarios para realizar la distinción, considerando su nivel de participación en la intervención y que se detallan a continuación.

Tabla 1. Nodos Estratégicos y Nivel de Participación.

NODOS ESTRATÉGICOS	PRIMARIO	SECUNDARIO
3 Centros comunitarios de salud mental (COSAM): COSAM Concepción, COSAM Boca Sur San Pedro, COSAM Coronel.	X	

Centro especializado en Atención en Drogodependencias (CEAD) de Lota	X	
1 HOSPITAL TIPO 1: Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción	X	
1 HOSPITAL TIPO 2: Hospital de Lota	X	
17 Centros de salud familiar (CESFAM): Tucapel, O'Higgins, Villa Nonguén, Pedro de Valdivia, Lorenzo Arenas, Santa Sabina, Juan Soto Fernández, Victor Manuel Fernández, Boca Sur, San Pedro, Lomas Coloradas, Yobilo, Lagunillas, Carlos Pinto, Pinares, Leonera, Hualqui.		X
3 CENTROS DE SALUD: Chiguayante, Juan Cartes, Sergio Lagos		X
2 HOSPITAL TIPO 4: Hospital de Santa Juana, Hospital de Florida		X

Fuente: Elaboración del Equipo Psicotrauma

B) INTERVENCION DIRECTA.

La intervención directa realizada con las víctimas, tanto de tipo terapéutico como preventivo, se ejecutó en tres modalidades¹.

Individual: En este nivel se realizaron intervenciones con pacientes que presentaban dificultades en el manejo y control de síntomas de estrés asociados al terremoto y con pacientes con patologías de salud mental descompensadas. Dichas personas fueron pesquisadas en el servicio de atención de urgencia del hospital clínico regional Dr. Guillermo Grant Benavente, por derivación directa de servicios clínicos de dicho establecimiento y por el screening realizado en las intervenciones grupales.

¹ Se hace referencia a Intervención Indirecta, como todas las actividades e intervenciones realizadas a los equipos de salud mental de la red, que sirvieron a su vez, para que estos equipos fortalecieran su accionar y realizaran intervenciones a la comunidad afectada

Grupal: En este nivel de intervención se diseñaron grupos de apoyo, cuyo objetivo fue el de permitir la ventilación emocional a través de la expresión vivencial de los participantes, los cuales fueron funcionarios de la red sanitaria, Hospital clínico regional Dr. Guillermo Grant Benavente, establecimientos de atención Primaria y Secundaria de las comunas de Coronel y Lota, además de dirigentes vecinales de esta última comuna.

Población General: En este nivel se diseñó una estrategia comunicacional, cuyo objetivo fue el de informar a la población respecto herramientas de afrontamiento en salud mental en situaciones de catástrofes. Para ello, se elaboraron volantes y se realizaron comunicados a través de medios de comunicación masivos, como por ejemplo radios comunitarias y canales de televisión local.

3. Esquema de Trabajo. Actividades por fases de la intervención:

Frente al advenimiento de la catástrofe, y en conformidad a los lineamientos de trabajo del Equipo de Psicotrauma, el equipo se reunió por autoconvocatoria dentro de las primeras 24 horas posteriores al terremoto.

Desde el inicio de la intervención se desarrollaron un sinnúmero de actividades en paralelo, según fuesen detectándose las necesidades así como estrategias previamente delineadas. De este modo, los procesos que incorporaron las diversas acciones, pueden agruparse en cuatro áreas o categorías²:

a. Organizacional

Esta área está orientada a describir los cambios de la propia organización interna del Equipo de Psicotrauma y su relación con el entorno.

En los primeros días se inicia la localización del Equipo de Psicotrauma en dependencias de la Unidad de Emergencia del Hospital Regional, donde se posiciona el Puesto de Mando dentro del primer día de intervención (27 de febrero). Durante esta primera semana el puesto de mando se mantuvo en el mismo emplazamiento físico, coordinando las acciones en forma autónoma en

² Ver Esquema de trabajo completo, tabla 5.

coordinación con la jefatura local de la Unidad de Emergencia del Hospital Regional.

Durante la segunda semana ya se han instaurado progresivamente parte de las autoridades locales como regionales (Hospital, Servicio de Salud y Seremi en campaña) y en este nuevo contexto el Puesto de Mando se coloca a disposición de la autoridad de salud. De ahora en adelante todas las acciones desarrolladas se consultaban y coordinaban con las autoridades pertinentes, a fin de conseguir su respaldo y aprobación previa a la implementación de éstas. Al término de la segunda semana se considera un cambio en las necesidades de intervención, que durante los primeros catorce días requerían marcada presencia de un puesto de mando en el Hospital. Ahora imperaba una acción más comunitaria, dejando acciones ya instauradas y funcionando autosuficientemente en dicho centro de salud. Por este motivo, se produce una retirada del puesto de mando, conformándose así en un equipo móvil, gestando y dando continuidad a las acciones en curso en toda la red del servicio de salud Concepción. Esto se extendió por cerca de una semana, para luego iniciar una tercera fase marcada por la reincorporación de todos los integrantes a los equipos de trabajo habituales, en los respectivos centros de salud donde se desempeñan.

Desde este nuevo escenario se continuó con el trabajo de intervención en curso a la par de las labores habituales, para luego, durante la cuarta semana desarrollar el proceso de seguimiento de lo realizado.

Tabla 2. Cuadro Resumen acciones del Área Organizacional.

Fases	Acciones
Fase I	Localización del equipo / Posicionamiento de un puesto de mando fijo
Fase II	Puesto de mando se pone a disposición de autoridades locales
Fase III	Retirada del puesto mando, accionar móvil
Fase IV	Reincorporación del los profesionales del equipo, a sus puestos de trabajo habitual

b. Logística.

En esta área describimos al conjunto de operaciones y tareas destinadas a generar líneas de trabajo que incorporen a la red sectorial e intersectorial, así como la difusión y la sistematización de la intervención. De este modo, durante todo el mes de intervención, se realizaron frecuentes reuniones logísticas a fin de distribuir las distintas actividades locales de los integrantes del equipo.

Durante la segunda semana se gestaron reuniones de acercamiento en pos de la articulación hacia la red de salud, voluntarios, jefaturas técnicas e intersector, las que se fueron desarrollando durante todo el mes en distintas ocasiones. A la par se colocó énfasis en que los niveles primarios y secundarios de la red de salud mental se reagruparan y empoderaran en su rol terapéutico de primera línea de contención de la demanda por salud mental.

Durante la tercera semana se instauró una política de educación a la comunidad a través de medios de difusión masivos mediante la asistencia a programas de radio, entrevistas en periódicos y confección de volantes que se difundieron en toda la red de salud. Además, desde la tercera semana se inicia el proceso de sistematización del trabajo que se realizaba.

Tabla 3. Cuadro Resumen acciones del Área Logística

Fases	Acciones	Acciones transversales
Fase I	Articulación de la Red (voluntarios, intersector y jefaturas técnicas) Activación y empoderamiento nivel 1° y 2° de salud mental Educación e información a la comunidad Sistematización	Reuniones logísticas
Fase II		Reestructuración de flujo
Fase III		grama
Fase IV		Destinación horas profesionales

c. Primeros auxilios psicológicos.

Aquí consignamos las tareas destinadas a la atención directa de usuarios tanto internos como externos del sistema de salud público local. Desde la

localización del equipo y su puesto de mando en la urgencia del Hospital G. Grant, se desarrolló un sistema de atención de urgencias psiquiátricas (asociadas o no al evento traumático reciente) así como intervenciones en crisis, por parte de los integrantes del equipo. Esta modalidad de trabajo se mantuvo hasta inicios de la tercera semana en que se retorna a la modalidad de atención de urgencias psiquiátricas habituales previo al terremoto. Esto se debió al retorno progresivo del recurso humano que tenía a cargo estas acciones en forma regular. En relación a la atención a funcionarios de salud, principalmente del Hospital G. Grant, ésta se inicia en la segunda semana mediante grupos de apoyo con profesionales del Equipo de Psicotrauma. A esta modalidad se suman voluntarios así como profesionales del servicio de salud, quienes toman gran parte de la demanda que fue progresivamente creciente. Finalmente durante la segunda semana se realiza un traspaso de las necesidades y resultados de los grupos de ayuda a directivos y jefaturas técnicas, buscando que toman estos requerimientos para seguir trabajándolos posteriormente.

Tabla 4. Cuadro Resumen acciones del Área Primeros Auxilios Psicológicos

Fases	Acciones
Fase I	Atención de urgencias psiquiátricas / Intervención en crisis / Grupos de apoyo a funcionarios
Fase II y III	Traspaso de necesidades y resultados de los grupos de ayuda a directivos y jefaturas técnicas

d. Intervención en catástrofe.

Agrupamos en esta categoría los procesos de diagnóstico, capacitación y reestructuración de la red de salud mental perteneciente al Servicio de Salud Concepción. Inicialmente se realiza el diagnóstico de la red de las primeras setenta y dos horas, aplicando el instrumento sugerido por la OPS, para luego enviar los resultados al gobierno central (MINSAL). Finalmente se completa el diagnóstico con la continuación del mismo instrumento que corresponde al primer

mes, lo que se lleva a cabo durante la cuarta semana, para luego enviar igualmente los resultados a nivel central. A mediados de la segunda semana se realizó una capacitación general de toda la atención primaria, centrada en los modelos de intervención y las catástrofes. Posteriormente, ya desde la cuarta semana, se delega la responsabilidad de continuar la capacitación a la atención primaria, a los respectivos Cosam (San Pedro, Coronel y Concepción), recibiendo apoyo y cooperación por parte del Equipo de Psicotrauma. En la segunda semana se confecciona la progresiva reestructuración del flujo de usuarios según criterios sintomáticos y territoriales, así como redistribución de horas profesionales a niveles secundarios de los sectores con menos horas disponibles, lo que se mantendrá por tiempo indefinido.

Dentro de la intervención en catástrofes es relevante considerar el autocuidado de los equipos que participan de manera directa, por lo que dentro del proceso de enfrentamiento de la contingencia, se considera realizar una jornada de autocuidado con el objeto de proporcionar instancias de ventilación emocional y protección de la salud mental.

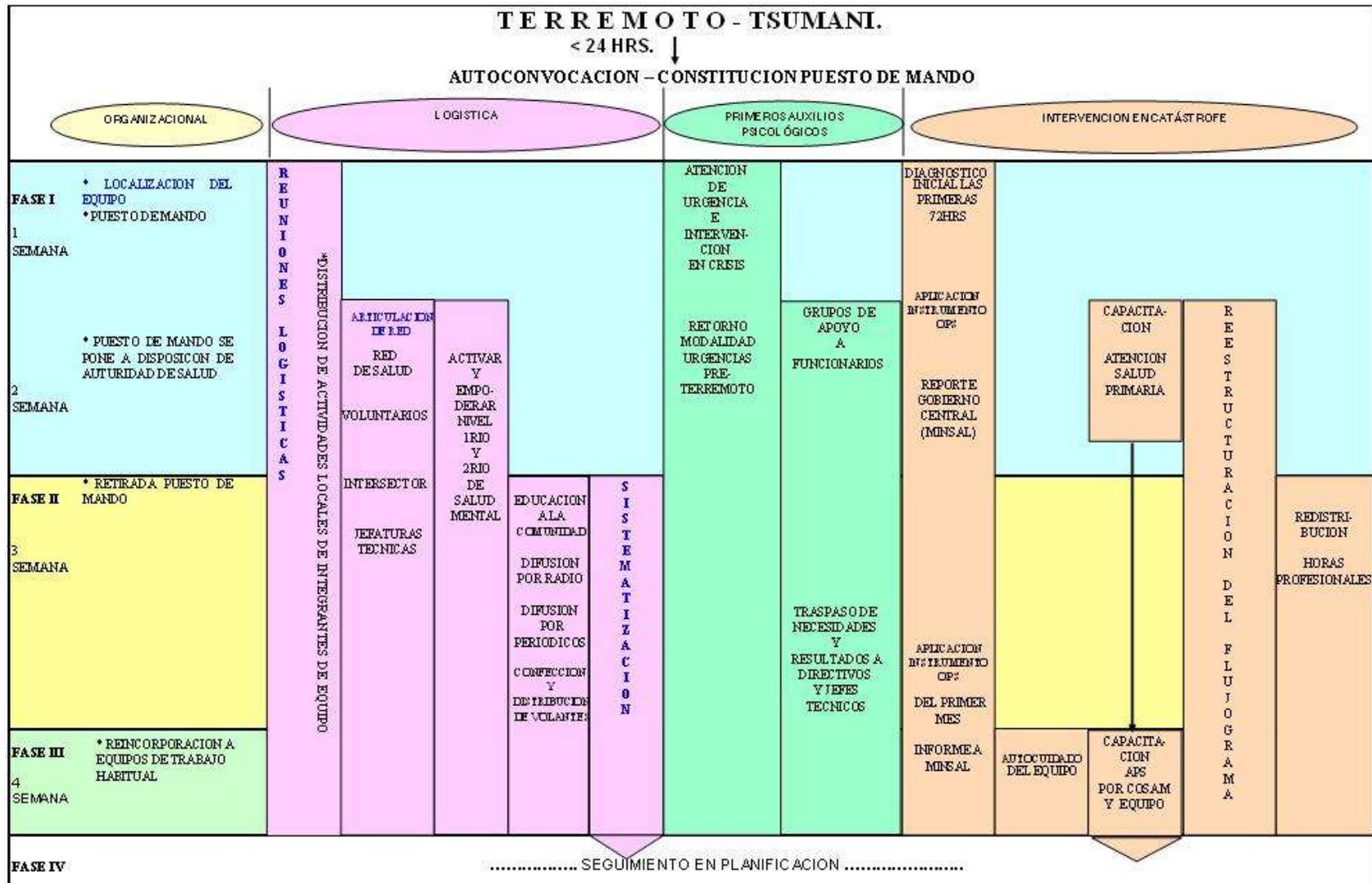
Tabla 5. Cuadro Resumen acciones del Área Intervención en Catástrofe

Fases	Acciones
Fase I	Diagnóstico de la red de las primeras setenta y dos horas (Reporte MINSAL)
Fase II	Capacitación atención primaria (modelos de intervención y las catástrofes)
Fase III	Diagnóstico 1° mes (Reporte MINSAL) Apoyo a jornadas de capacitación desarrolladas por los COSAM (San Pedro, Coronel y Concepción)

La cuarta fase, al inicio de la quinta semana, se destinó al seguimiento y elaboración del documento de sistematización.

Además, frente a la solicitud del Servicio de Salud Concepción, actualmente se está colaborando en la elaboración y adecuación local del Plan Nacional de Salud Mental en Emergencia y Catástrofe.

Plan de Acción: Equipo Psicotrauma.



IV. DISCUSION Y DESAFIOS

- Un elemento altamente facilitador, que incidió en la oportunidad de respuesta a los usuarios y en la puesta en marcha del Equipo de Psicotrauma, fue el apoyo institucional en el sistema hospitalario, al proveer de un espacio físico en la Atención de Urgencia y de un trabajo coordinado en el abordaje de los pacientes en forma integral.
- Los centros de atención terciaria resultaron ser los únicos dispositivos de apoyo en la fase crítica posterior al terremoto, debido a que continuaron operativos, constituyéndose así en un centro neurálgico de operaciones y de atención sanitaria directa.
 - Uno de los principales aprendizajes fue la flexibilización de las estrategias de abordaje terapéutico en los distintos contextos de acuerdo a las necesidades reportadas por los usuarios.
 - La capacitación constante y trabajo coordinado con los equipos de intervención directa nos permitió controlar el sobrediagnóstico o la patologización de reacciones que se constituyen en normales en un contexto de crisis.
 - De acuerdo a la experiencia vivida, nos parece una necesidad el organizar y articular los sistemas de apoyo a través de un dispositivo preestablecido que permita dirigir y distribuir los recursos disponibles a la población que lo requiera, evitando la sobreintervención.
 - Un factor facilitador en la ejecución de la intervención fue la sensibilización de la institucionalidad respecto a las necesidades de contención de sus funcionarios.
 - Para el desarrollo de nuestro trabajo fue de gran importancia la actitud de las jefaturas hacia el Equipo de Psicotrauma, donde destacó el compromiso, la confianza y la delegación de autonomía.
 - El funcionamiento del Equipo de psicotrauma se caracterizó por un enfoque comunitario de acción, lo que permitió un rápido contacto con la

red sanitaria, un rápido diagnóstico de la red y la optimización de los recursos locales existentes.

- En el desarrollo de la intervención en catástrofe, se constituyó en un factor facilitador, el hecho que todos los profesionales pertenecientes al equipo formaran parte de distintos dispositivos de la red, transformándose así en núcleos estratégicos que permitieron una rápida organización y articulación.
- Otro factor facilitador en el trabajo del equipo de Psicotrauma fueron las características personales y profesionales de los integrantes, tales como, los conocimientos y preparación respecto de la temática y del contexto, la ductibilidad y complementariedad, el compromiso con el trabajo y la estructura jerárquica flexible existente dentro del Equipo.
- Dentro del funcionamiento del equipo ningún miembro sufrió daños graves ni pérdida material o humana, lo que ayudó a potenciar los recursos personales.
- Un elemento clave para la materialización de la estrategia de intervención en catástrofe, llevada a cabo por el equipo Psicotrauma, fue el uso de los contactos previos establecidos por los distintos integrantes del equipo y que en el momento de actuar se potenciaron en pro de la facilitación del trabajo intersectorial.
- En la fase de organización y logística, primeras etapas de la estrategia de intervención, se desarrolló en todo momento una planificación oportuna, sistemática en constante revisión y mejoramiento, desprendiéndose de esa acción ejes estratégicos y planes de trabajo contingente y acotado a las necesidades locales, todo ello avalado por un plan nacional de emergencias en catástrofe previo.
- Una de las principales debilidades descubiertas en las sesiones de sistematización, fueron la escasa información e inexistencia de datos de tipo cuantitativo, lo que afecta directamente en el proceso de seguimiento y evaluación del impacto de la intervención propiamente tal.

- El modelo de intervención propuesto no puede ser aplicado de manera idéntica en otros contextos, con otros equipos y actores, puesto que se estructura a partir de las necesidades específicas relevadas en la región del Biobío posterior a la catástrofe del 27 de febrero 2010. Sin embargo, sí podemos plantear que la modalidad general de intervención, constituida por fases, diagnóstico y redes, puede ser considerada como base para una adecuación y territorialización pertinente a un determinado contexto local.
- Dentro de la intervención llevada a cabo, se pudo constatar que los efectos psicológicos de agotamiento emocional, se presentaron durante la cuarta semana de intervención directa de víctimas primarias, debido en gran medida por la excesiva carga emocional y el tiempo invertido. Considerando además, que los miembros del equipo también fueron víctimas primarias de la catástrofe.
- La inexistencia de una entidad funcional ocupada de la temática al interior de los dispositivos de salud, generó barreras comunicacionales, que obstaculizaron e impidieron la adecuada entrega de información relativa a los procesos de intervención del equipo de psicotrauma en terreno, específicamente en los cambios de fases propios de la catástrofe y tiempo de duración de cada una.
- El desconocimiento por parte de las autoridades de la existencia de un protocolo específico de funcionamiento en el Plan Nacional de Protección de la Salud Mental en emergencias y desastres, dificultó el establecimiento de los límites del campo de acción del Equipo de Psicotrauma en las fases finales, luego del refuncionamiento de la institucionalidad.
- Es indispensable comenzar a trabajar bajo enfoques tendientes a gestión de riesgo, además de la intervención. En este sentido la educación de la población es clave para enfrentar de mejor manera las adversidades causadas por desastres de tipo natural y antrópico.

V. BIBLIOGRAFÍA

- Figueroa, R.; González, M.; Marín, H. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metanálisis. *Revista Médica de Chile*, pp. 138, 143-151.
- Inbar, J., (1994), en Apuntes (2005). *Intervención psicosocial en catástrofes y emergencias*. Universidad Complutense: Madrid.
- Ministerio de Salud de Chile (2008). Plan de protección de la salud mental en situaciones de emergencias y desastres. Santiago: Minsal.
- Morín, E. (1979). *El hombre y la muerte*. Barcelona: Kairós.
- Organización Panamericana de la Salud OPS (2006). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre*. Washington, D.C: OPS/OMS.
- Pereira, M. (2008). *En Programa Internacional de comportamiento humano en emergencia*. Santiago: Rhemer.
- Pérez-Sales, P. (2004). *Intervención en catástrofes desde un enfoque psicosocial y comunitario*. Madrid: Átopos.
- Kaplan, H.; Sadock, B., & Grebb, J. (1996). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Médica-Panamericana.
- Robles, J. & Medina, A. (2002). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid: Síntesis.