

Salud mental en desastres naturales: estrategias interventivas con adultos mayores en sectores rurales de Chile

Paulina Osorio-Parraguez¹ y Adriana Espinoza²

Resumen: En el presente artículo se da a conocer una estrategia de intervención llevada a cabo con adultos mayores en la comuna de Paredones, sexta región de Chile, con posterioridad al terremoto y tsunami del 27 de febrero 2010 en Chile, en el contexto de una investigación sobre fortalezas y vulnerabilidades desplegadas por este grupo etario, con posterioridad a un desastre natural. Se presenta una descripción del desarrollo metodológico de la intervención y de los sustentos teóricos y conceptuales en los que se basa. Como resultado de este proceso, se propone una estrategia que trabaje a través de la identificación de las propias experiencias y fortalezas de los sujetos. De tal forma se minimizan los efectos negativos de los determinantes sociales de la salud (como la edad y el lugar de residencia) en contexto de crisis; permitiendo a los adultos mayores fortalecer sus recursos individuales y colectivos, en pro de su bienestar psicosocial. (Global Health Promotion, 2016; 23(2): 84–91)

Palabras clave: entorno rural, salud mental, vejez, intervenciones psicosociales, desastres naturales

Introducción

Chile es un país que tiene una historia de desastres naturales, tales como terremotos, tsunamis, sequías, deslizamientos de tierra y erupciones volcánicas, los cuales lo afectan periódicamente, causando problemas a nivel económico, político y social, por el impacto que estos eventos causan en las comunidades involucradas, y que a lo largo del tiempo han dejado centenares de muertos y desplazados, además de la pérdida de fuentes de trabajo, casas e infraestructura. Entre los sismos de mayor magnitud, destacan los de los años 1939, 1960, 1985 y 2010. El sismo del año 1960, en las costas de las ciudades de Concepción y Valdivia, se registra como el más grande en la historia de la humanidad (de 9.5 grados en la escala Richter), produciendo un tsunami que generó una ola de 18 metros, la cual se propagó hasta la isla de Hawái y las costas de Japón (1). El 27 de febrero de 2010, se produce el segundo terremoto más grande de su historia (2), de grado 8.8 Richter, y un

posterior tsunami que afectó a gran parte de la zona central y sur del país. Al impacto post-terremoto, producido en horas de la noche, y las posteriores réplicas, se suma no sólo la destrucción reinante sino también los cortes de energía eléctrica y agua en todas las regiones afectadas, así como severos problemas con la comunicación telefónica, la destrucción de caminos, carreteras y aeropuertos, lo cual hace virtualmente imposible la comunicación y el transporte. Es en este contexto post-desastre, donde se sitúa nuestro accionar, a través de una propuesta de intervención psicosocial de tipo comunitario en salud mental, con adultos mayores en una localidad rural.

Problemas en salud mental en contextos de desastres

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (1), las situaciones de desastre y emergencia

1. Departamento de Antropología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

2. Departamento de Psicología, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Correspondencia a: Paulina Osorio-Parraguez, Universidad de Chile, Av. Cap. Ignacio Carrera Pinto 1045, Ñuñoa Santiago, 6850331, Chile. Email: posorio@uchile.cl

(Artículo presentado el 27 febrero 2014. Tras la revisión por pares, se aceptó su publicación el 24 septiembre 2014)

afectan en forma más severa la salud mental de las poblaciones pobres y aisladas, las cuales antes de la tragedia vivían en situaciones de vulnerabilidad psicosocial y de mayor prevalencia de trastornos mentales. Una vez producida la tragedia, estas poblaciones presentan habitualmente menor capacidad para resolver los efectos producidos y restablecer su normalidad, así como para acceder a servicios sociales y de salud, produciendo un deterioro en la vida de las personas, y una desintegración de las familias y de la comunidad. Uno de los grupos etarios más vulnerables sería el de las personas mayores quienes habitan en zonas rurales aisladas, ya que viven en situaciones de privación y soledad, y es frecuente que padezcan de afecciones físicas o emocionales que contribuyen a disminuir sus capacidades de adaptación y defensa.

En relación a los factores que influyen sobre la aparición de síntomas traumáticos, Beristain (3) plantea dos dimensiones. La primera se refiere a las características del evento, donde lo determinante sería la intensidad y severidad, siendo aún más precipitante si es repentino, prolongado, repetitivo e intencional. En este sentido, el terremoto del 2010 responde a las características de intensidad del hecho, lo repentino de su ocurrencia, la repetición considerando la cantidad e intensidad de réplicas posteriores, y lo prolongado del evento, dado que el terremoto duró más de tres minutos, produciendo una percepción subjetiva de mayor duración.

La segunda dimensión tiene su relación con las características de la persona. Al respecto, los síntomas intrusivos estarían más relacionados con la implicancia y cercanía de la persona al hecho, mientras que la anestesia emocional estaría más relacionada con factores genéticos y constitucionales. Otras características son la vivencia de hechos traumáticos anteriores que ya hayan generado algún tipo de vulnerabilidad, y/o la existencia de trastornos psiquiátricos previos (como ansiedad o depresión).

Situación de adultos mayores en zonas rurales

El envejecimiento, como proceso dinámico y complejo, es visualizado como un fenómeno interdisciplinario, pues la declinación biológica propia de esta etapa de la vida, no se manifiesta en forma aislada, sino que, al interactuar con el medio físico y social, conlleva una serie de otros fenómenos que le dan contenido y significado, que lo convierten en un

proceso y producto sociocultural. Dentro de esta perspectiva, la antropología de la vejez introduce el enfoque transcultural y analiza esta realidad desde el punto de vista de la cultura y los diversos contextos socioculturales, como el rural. De ahí que el significado de la vida de las personas y sus acciones no se comprenden de forma aislada, sino que responden al contexto geográfico, social y biográfico. Dentro de este segmento de edad se producen importantes desigualdades sociales, sobre todo en el contexto geográfico cultural de la ruralidad. Presentándose este último, y su condición etárea como dos importantes determinantes sociales de la salud (4), que ven agudizada su situación de vulnerabilidad e inequidad, al cruzarlo con la experiencia de un desastre natural y el contexto de crisis que se genera tras un terremoto y un tsunami.

Frente a las situaciones de crisis y los desastres naturales, las personas envejecidas tienen mayor riesgo de experimentar lesiones físicas, pérdidas económicas, interrupción de las actividades laborales y acumulación de deudas. Un estudio realizado sobre las personas expuestas a una inundación en el estado de Kentucky en EE.UU. en 1984, reveló que los adultos mayores sí eran más susceptibles psicológicamente a los efectos de la inundación, inclusive 18 meses después de esta, pero de una magnitud moderada. Los síntomas de ansiedad, depresión y síntomas físicos eran similares a los que suceden en otros episodios estresantes de la vida, como enfermedad o duelo (5).

Plan nacional de salud mental en Chile

El Plan Nacional de Salud y Psiquiatría del gobierno de Chile tiene como propósito:

Contribuir a que las personas, las familias y las comunidades alcancen y mantengan la mayor capacidad posible para relacionarse entre sí y con el medio ambiente, de modo que promuevan el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de sus potencialidades psicológicas, cognoscitivas, afectivas y relacionales. (6)

En relación a los trastornos psiquiátricos, este plan se basa en un enfoque que incorpora criterios psicológicos, sociológicos y antropológicos, enfatizando también un enfoque comunitario de los problemas de salud mental, estableciendo que se deben crear servicios de salud y

psiquiatría en torno a una red en la que participen los diversos sectores de la salud, en conjunto con el usuario y sus familiares. Este plan contempla también un modelo de atención comunitaria para determinadas áreas geográficas, basado en una estrategia participativa, considerando las características como género y elementos socioculturales. En relación a los adultos mayores, el plan sólo contempla la atención a personas con la enfermedad de Alzheimer y otras formas de demencia; sin considerarlos como un grupo etario con necesidades de salud mental específicas.

Métodos

Estrategias de intervención interdisciplinaria con adultos mayores

El desarrollo metodológico de esta intervención con adultos mayores, surge a partir de un trabajo de campo que las autoras realizan en los meses posteriores al terremoto y tsunami de 2010, para dar respuesta a una demanda concreta, planteada por autoridades y líderes locales de agrupaciones de adultos mayores, y basada en observaciones y conversaciones con la comunidad afectada, lo cual consistía en brindar técnicas psicológicas para la contención y el afrontamiento del miedo y la ansiedad frente a las continuas réplicas post-terremoto. Paredones es una comuna ubicada en los alrededores de la ciudad de San Fernando, que cuenta con 32 localidades. Su población es predominantemente masculina, presentando un aumento sostenido de la población mayor de 65 años, respecto a los menores de 14 años (7). El 70% vive en sectores rurales y tiene un 22,6% de analfabetismo. Además, cuenta con importantes condiciones de pobreza, lo que genera diversas barreras de acceso a la salud y garantías sociales identificadas y priorizadas por la comunidad, entre las que destacan la falta de accesibilidad, por carencia de transporte público; la mala conectividad de medios de comunicación; caminos de difícil acceso; y la falta de canales de comunicación entre los sectores locales, provinciales, regionales y con la comunidad.

En relación a las condiciones materiales y de habitabilidad de esta población y localidad antes del terremoto, ellos vivían en amplias y antiguas casas de adobe que habitaban desde su infancia, las que se destruyeron en cerca de un 90%, como producto de este desastre. Esta destrucción de la mayoría de las viviendas, significó que muchos adultos mayores

tuvieron que seguir viviendo en sus casas semidestruidas, con inminente riesgo de derrumbe, con las consiguientes consecuencias para la salud física y mental. En otros casos, el gobierno implementó la construcción de pequeñas viviendas de emergencia de madera, sin servicios sanitarios básicos ni sistema de aislación. El acondicionamiento de estas viviendas implicó un gasto que las personas mayores no tenían contemplado, reduciendo significativamente los ingresos de su jubilación y generando también deudas. Estos cambios en sus condiciones de vida también se vieron reflejados en la migración de familiares y amigos a centros urbanos, lo cual redujo sus redes de apoyo directas. A nivel de salud, el terremoto destruyó la infraestructura de muchos centros de salud, afectando el acceso a estos servicios, lo cual aumentó los cuadros ansiosos, por la falta de tratamiento y medicamentos.

El proceso de intervención se inicia con una serie de actividades destinadas a realizar un diagnóstico de los efectos en la salud mental de un grupo de personas mayores de la zona, y brindar estrategias y herramientas para el afrontamiento del miedo en talleres psicosociales. Estas intervenciones se realizaron con aproximadamente 150 adultos mayores, provenientes de siete localidades rurales de la comuna, y el criterio para constituir los grupos de trabajo fue el territorio que habitaban. Esta parte del proceso culminó con una *onces* (tomar el té) comunitaria, donde se invitaron a los adultos mayores de las distintas agrupaciones con las que se trabajó, y donde se realizó una primera evaluación del proceso interventivo con los participantes.

Este trabajo inicial es seguido de una investigación que buscaba generar conocimiento sobre relatos de memoria e historias colectivas que den cuenta de las experiencias, las estrategias de afrontamiento y las vulnerabilidades frente a desastres naturales de personas mayores en zonas rurales.

Referentes disciplinarios

Tanto el proceso interventivo previo, como el proceso de investigación propiamente tal, estuvieron fundamentados en dos pilares disciplinarios: la psicología y la antropología social. Se utilizaron para la intervención técnicas y estrategias derivadas de las terapias del arte, así como técnicas de producción de información empírica, tales como talleres de memoria diseñados para ese fin.

Desde la psicología, nuestro énfasis se centró en los efectos psicosociales de emergencias y desastres naturales, entendiendo que éstos implican una perturbación general que sobrepasa la capacidad de la población afectada de manejar o de afrontar el evento, trayendo consigo importantes consecuencias en la salud mental de la población (3). En el marco de la implementación de las técnicas psicológicas usadas, se llevaron a cabo una serie de visitas de acompañamiento en terreno durante 2 años, realizándose entrevistas individuales, en conjunto con actividades de grupo, que sirvieron de diagnóstico psicológico, donde se identificaron diversos casos de ansiedad, trastornos de sueño y sintomatologías de trauma. Los casos más críticos, fueron derivados al equipo de salud mental de la comuna. Se trabajó desde lo psicopedagógico, identificando con las personas mayores las causas de estas ansiedades o trastornos de sueño; todo lo cual tendría como origen la experiencia del terremoto. Vale decir que se esperaba lograr una normalización de la experiencia desde el nivel de las propias personas mayores. También se les recomendó recurrir a sus tradicionales formas de tratamiento, como las hierbas medicinales de sus localidades.

De la antropología social, tomamos la noción de *emic* (8), para la generación de conocimiento desde los propios modelos culturales de las personas mayores, y descripciones locales de sus significados (9). Este referente era relevante, pues la estrategia de intervención que se esperaba construir, tenía como objetivo la reconstrucción emocional, psicológica y social de las personas mayores y sus comunidades, a partir de sus fortalezas o experiencias previas; por lo que se hacía imprescindible conocerlo, desde sus propios relatos de memoria. Relatos que, a lo largo de su desarrollo, van adquiriendo también un carácter terapéutico y comunitario, en un contexto post-terremoto y -tsunami. La etnografía nos permitió acceder a un territorio desconocido e ir abriendo sentidos desde la comunidad; hacer visible lo invisible; nítido lo borroso de las emociones, percepciones y valoraciones de cada uno de esos hombres y mujeres mayores, los cuales vivieron uno de los desastres naturales más grandes en el país.

De modo más transversal en nuestro diseño metodológico, también tomamos como referente algunas nociones de arte, en particular el arte relacional. Este se comprende como un arte que toma como horizonte teórico la esfera de las

interacciones humanas y su contexto social, por lo tanto, en estas prácticas artísticas se enfatiza la intersubjetividad, lo que implica un *estar junto al otro* en el proceso creativo, de tal forma que la obra se construye de manera colectiva entre creador y espectador (10). El potencial relacional del arte y la creatividad se complementa con intervenciones psicosociales basadas en las terapias de arte, en donde los terapeutas usan creativamente los medios artísticos como instrumentos para generar una comunicación no verbal y/o simbólica, dentro de un ambiente de apoyo (11).

Intervenciones y talleres de memoria

Las intervenciones iniciales de tipo diagnóstico incluyen el aprendizaje de estrategias para la toma de conciencia corporal y las emociones, que les permita acceder a estados de calma mental y sensaciones corporales de relajación. El desarrollo posterior incorpora las características de las terapias del arte, a través de actividades de expresión creativa, como el uso de formas tradicionales de música campesina, con el fin de musicalizar las vivencias del terremoto, permitiendo un acercamiento a la experiencia de ansiedad, transformando el miedo en nuevas significaciones; continuando con actividades de tipo psicoeducativas y de discusión con respecto a los efectos del terremoto y tsunami en sus experiencias de vida individual y comunitarias. En base a ello, se desarrollan los talleres de memoria, cuya característica fundamental es la de hacer emerger narrativas en relación a las propias experiencias de las personas mayores. Estos talleres se dan en un contexto de contención emocional, donde se privilegia la escucha empática. Son discutidos y analizados a la luz de los aprendizajes obtenidos, y las reflexiones van orientadas a comparar sus acciones y comportamientos, tanto en el reciente terremoto como en sus experiencias previas de otras situaciones de desastre. El objetivo era hacer emerger desde la narración de estas experiencias a aquellos elementos que les dieran a las personas mayores un sentido de control sobre sus vidas en contexto de crisis, a partir de sus propios aprendizajes, como de ciertos elementos externos aportados por las investigadoras desde sus disciplinas, que fueran útiles ante futuras réplicas u otros eventos traumáticos.

La estrategia de talleres de memoria se sitúa dentro de las metodologías cualitativas, las que se basan en la premisa que el mundo social está construido de significados y símbolos (12). Desde esta perspectiva, y tomando en cuenta las características sociales de la memoria colectiva, el cual constituye uno de los antecedentes conceptuales que sustentan esta investigación, es que los talleres de memoria surgen como una opción metodológica.

Si consideramos que la memoria colectiva es una práctica social donde virtualmente todos los eventos, experiencias y percepciones son compartidos en interacciones individuales con otros, es más factible que las memorias se formen si las personas hablan y piensan colectivamente acerca de eventos. Esta presencia de lo social implica que uno no recuerda solo, sino con la ayuda de los recuerdos de otros y con los códigos culturales compartidos, aún cuando las memorias personales son únicas e individuales (13). Los talleres consistieron en conversaciones entre los miembros de los grupos guiados por las investigadoras, quienes evocan recuerdos de sus experiencias (hitos biográficos individuales y colectivos) en los procesos de construcción de sus pueblos, así como en los procesos posteriores a los terremotos que ya han vivido. Similares investigaciones, donde se conecta la experiencia individual y de grupo en torno a la memoria colectiva como eje unificador, han demostrado la capacidad que tienen estas metodologías, no sólo para construir significados colectivos, sino también de organizar las experiencias, especialmente aquellas traumáticas, en torno a nuevos significados, resultando también una experiencia terapéutica para los participantes (14,15).

La información recabada en los talleres de memoria fue analizada desde una estrategia narrativa. La principal premisa del análisis narrativo es que los seres humanos son organismos con la capacidad de narrar historias; y que tienen la habilidad de experimentar, construir e interpretar significados en diversos contextos y lenguajes (12,16–18). Se analizaron las transcripciones de las entrevistas y los talleres, buscando entender cómo las personas mayores hablan acerca de lo que experimentan y piensan de los eventos significativos de sus vidas, y en qué perspectivas se basan para darle sentido a sus experiencias.

Resultados

Promoción de salud mental a través de estrategias de intervención

Al considerar que un evento siconatural de estas características hace mayormente evidente las diferencias e inequidades producidas por la condición etárea y geográfica (19) de los participantes, la estrategia de intervención no deja de considerar la importancia de los determinantes sociales de la salud, sobre todo porque en el marco de un desastre natural, éstos se agudizan.

Uno de los primeros elementos que se destacan como resultado tanto de las intervenciones de tipo diagnóstico como de los talleres de memoria, tiene relación con la elaboración de narrativas que los propios adultos mayores realizan sobre lo acontecido en las horas posteriores al terremoto y tsunami: donde comparan sus experiencias previas de otros desastres. El reflexionar sobre estas experiencias puede ser interpretado como la construcción de una fortaleza, en cuanto a la noche del terremoto, ya que hubo reacciones muy similares a las del terremoto del 1960. Sin embargo, en todo momento se destaca que el terremoto de 2010 no tiene comparación a ningún otro desastre natural vividos por estos hombres y mujeres.

Igual uno ya tenía un conocimiento de lo que pasa si hay un terremoto fuerte porque siempre se piensa que puede haber un tsunami, nosotros para empezar le decíamos salida de mar, pero para ese terremoto [el de 1985] no pasó nada; sí que han habido otras veces salidas de mar fuertes, pero ninguna como esta última [del terremoto de 2010], el tsunami fue algo que ninguno de los más antiguos, nadie, había visto acá de lo que pasó en esta fecha. (hombre, 64 años)

Resulta interesante detenerse, a modo etnográfico, en la descripción de los propios adultos mayores rurales, respecto a las primeras reacciones en el terremoto y tsunami: la mayor dificultad que vivieron, fue la de intentar salir de sus casas, mientras el terremoto remecía todo el pueblo.

[La casa] se balanceaba, nosotros no fuimos capaces de salir, y nos tomamos así de los pies de

la cama, y mi marido se sentó, porque sufre de la presión alta, y se bloqueó: él estaba consciente pero como que... no reaccionaba. (mujer, 62 años)

Una vez que estas personas logran salir de sus hogares, aparece con fuerza el sentido de comunidad. Los habitantes de las localidades comienzan a manifestar una gran preocupación por sus vecinos cercanos, conocidos y familiares. Considerando que éstas son localidades relativamente pequeñas, los lazos de amistad son muy fuertes entre sus habitantes, sobre todo en aquellos que han compartido más experiencias por sus avanzadas edades. Por lo tanto, las acciones post-desastre hacen relación con cerciorarse de que sus vecinos, vecinas y sus familiares cercanos estén bien, y con pasar el resto de la noche en grupo. Las redes de carácter más formal e institucional también asumieron un rol importante en el escenario de las primeras horas. Destacan la pronta visita de las autoridades de la comuna.

Cuando se hace el cruce de la identidad etaria/generacional y la territorial, aparecen algunos elementos que la configuran y que son susceptibles de ser analizados desde las fortalezas y las vulnerabilidades de los individuos y sus comunidades.

En este sentido, el *ethos* religioso, como elemento significativo en la cultura rural, surge como un articulador del sentido, a la hora de enfrentarse a situaciones de crisis, desastres naturales y que sirvió como soporte durante el terremoto y tsunami.

... y yo que me subo a la cama y empieza el temblor así despacito, miré la hora, eran las 3:30, y empecé a rezarle a la virgen, y empezó más y más fuerte, yo saltaba así tan alto. Yo dije esté de Dios que me muera, que caiga la casa encima. (mujer, 66 años)

Dentro de esta misma lógica, la creencia explica el fenómeno, la tragedia. De ahí que se afirme, que el terremoto fue un acto divino provocado por Dios. Pero también es fuente de agradecimiento por haber sobrevivido, y como fuerza y motivación para seguir adelante en la reconstrucción de sus vidas.

Los aspectos psicosociales que surgen de las narrativas se vinculan con las características de vulnerabilidad de este grupo, y también con los efectos a nivel psicológico, que los adultos mayores dicen

tener como consecuencias del terremoto y tsunami. Durante el terremoto, se observa principalmente la resignación de la persona adulta mayor, a que su muerte será inevitable tras este acontecimiento.

Yo no creí nunca que fuera, que fuéramos a quedar vivas... Yo me despedí del mundo. Cuando estaba, antes de salir pa [sic] afuera, yo me despedí, porque veía que ya no íbamos a seguir viviendo. (mujer, 75 años)

Sin duda también se producen sintomatologías del orden de lo depresivo, al perder todas las cosas que tenían previo al terremoto y tsunami, lo que los hace más vulnerable tanto individual y generacionalmente.

Y me llevaron para allá [a la casa de la hija], y eso fue lo más terrible para mí, dejar mi lugar. Sufrí mucho, me dio una depresión muy grande. Ahora ya después de todo lo que ha pasado estoy un poco recuperada, y estoy muy bien, con mi nieta, tengo de todo, gracias a Dios. (mujer, 64 años)

El temor se presenta como la consecuencia más perdurable en la población mayor. Temor a todo lo relacionado con el terremoto y tsunami, desde las réplicas hasta sonidos, como el de un auto o un camión pasando por la calle, ponen en alerta a muchos de ellos. En otros, en cambio, con el paso del tiempo, el miedo a los temblores ha disminuido poco a poco.

Es un terror que... yo por lo menos, yo la sufrí mucho. Todavía cuando yo escucho un temblor salgo disparada para afuera y me tienen que parar, aunque no me vaya a pasar nada, pero yo no puedo, no aguanto. Es que sabe que después de eso, como en junio sería, que hubo uno en la noche muy cortito pero muy fuerte, y nosotros tenimo [sic] las mediaguas [Vivienda de emergencia construida post-terremoto] al lado de la ampliación, entonces yo como que veía la otra casa encima de la mediagua, y ahí yo quedé más traumada que con el terremoto. (mujer, 67 años)

La construcción de fortalezas como forma de aprendizaje de lo ocurrido en el terremoto y tsunami, también se relaciona a la experiencia vivida. Muchas

de ellas se manifiestan en pequeñas acciones que, ante un caso de similares características al terremoto, permitan la sobrevivencia de la persona y sus cercanos. Considerando todas las dificultades que los adultos mayores de estas localidades tuvieron para salir de sus casas, en la actualidad han tomado ciertas medidas para tener más control sobre las situaciones inesperadas: “[A la puerta] le pongo llave por dentro, que es más fácil que trancala [sic]” (mujer, 64 años).

El desarrollo de una intervención focalizada en este grupo etario permite su visualización ante la sociedad, el mundo comunitario y ante las autoridades. Esto se describe como una necesidad de manera transversal: es necesario el reconocimiento de las autoridades, el reconocimiento de los saberes de los que son portadores y de las tradiciones. En este sentido, uno de los efectos que tuvo el desarrollo de estas intervenciones fue que, en palabras de una de las participantes, *“ahora nos toman en cuenta, sobre todo el municipio y la sociedad.”*

Discusión y conclusiones

El bienestar de las personas, los índices de calidad de vida de las poblaciones y sus estándares de salud, se encuentran correlacionados a los territorios donde habitan. A ello se agregan las redes sociales, que les sirven de soporte, y las oportunidades de desarrollo económico y productivo que el territorio ofrece. El valor terapéutico de intervención en salud mental de los talleres de memoria, se traduce en que las narrativas de las experiencias del desastre les permitieron evidenciar sus fortalezas y aprendizajes, más allá de las debilidades propias de su condición etaria y territorial. Dicha reflexión queda instalada en ellos, sobre todo, ante la imposibilidad de la derivación o tratamiento farmacológico, en un contexto como el que se vivió post-terremoto y -tsunami.

También minimiza la inequidad del determinante social, y sus propias experiencias previas son un recurso que puede llegar a determinar positivamente su salud mental. En este sentido, si entendemos los determinantes sociales de la salud como aquellos elementos que inciden positiva o negativamente en la salud de las poblaciones y los individuos (19,20), la propia condición generacional y la cultura de las personas mayores de zonas rurales con quienes se trabajó, llegan a constituir un factor protector una

vez que ellos logran visibilizar esos elementos y a controlarlos, para su bienestar psicológico y social.

Esta estrategia de intervención en contextos de crisis, que no logran abarcar las políticas públicas de salud mental a nivel nacional, se mostró adecuado para el trabajo con personas mayores que viven en territorios aislados, pues si bien se trata de personas que ven reducido su acceso a los servicios de salud (sobre todo en un contexto post-terremoto), esta estrategia de intervención permite hacer emerger y utilizar como recurso los elementos de la propia cultura de las personas, y potenciar sus redes de apoyo locales.

El terremoto y tsunami de 2010 trajo consigo no sólo la destrucción de cientos de hogares a lo largo de Chile, sino que instaló un miedo generalizado ante una situación que no puede ser controlada. Frente a esto, la estrategia de intervención propuesta facilitó un complejo sistema de elaboración de ese miedo en las personas mayores de estas localidades. Luego de 2 años de intervenciones con este grupo, los resultados concretos en su salud mental que se pueden observar es la relación con una disminución significativa de los niveles de ansiedad, los trastornos del sueño y del miedo generalizado que experimentaban en forma previa. Una elaboración que permite darle un nombre, una simbolización a lo ocurrido en esa madrugada de febrero, y que permite que las personas mayores afectadas puedan pensar en el trauma, observarlo, nombrarlo y aprender de esa experiencia para reconstruir su cotidianidad. Un elemento importante de la estrategia es la construcción de un espacio para hablar sobre los temas concernientes al terremoto y tsunami, y las acciones realizadas. Esto permite la visualización y activación de nuevas interacciones comunitarias. Es así que, gracias a los conocimientos de la antropología social y la psicología, se pudo dar forma a estas estrategias interventivas.

Si se reconoce que las desigualdades sociales en salud son injustas y evitables (4), relevante resulta que para la promoción en salud mental de grupos mayormente vulnerables, como las personas mayores rurales, se consideren los elementos de base de esta estrategia de intervención, pues podría llegar a ser un aporte, en términos de políticas públicas que buscan evitar las desigualdades en salud, que se relacionan a ciertas características de los individuos y las comunidades que se instalan, como factores que amenazan su salud mental.

Conflicto de intereses

No se declara.

Financiamiento

Proyecto VID 2010 SOC 10/24-2 “Desastres naturales, resistencia y vulnerabilidad desde la identidad local y memoria colectiva en adultos mayores en la comuna de Paredones”, financiado por la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud (OPS). El Terremoto y Tsunami del 27 de Febrero en Chile. Crónica y Lecciones Asumidas en el Sector Salud. Santiago: OPS; 2010.
2. Serrano M, Castro B, Serrano P y Ortiz V. Terremoto Después del Terremoto. Trauma y Resiliencia. Santiago: Uqbar Editores; 2011.
3. Beristain M. Apoyo Psicosocial en Catástrofes Colectivas. De la Prevención a la Reconstrucción. Caracas: Fondo Editorial Humanidades; 2000.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social (de España). Avanzando Hacia la Equidad: Propuesta de Políticas e Intervenciones para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Madrid:Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Disponible en: www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicar_Reducir_Desigualdades.pdf. (recuperado 10 de enero de 2014).
5. Phifer J. Psychological distress and somatic symptoms after natural disaster: differential vulnerability among older adults. *Psychol Aging*. 1990; 5: 412–420.
6. Minoletti A, Zaccaria A. Plan nacional de salud mental en Chile: 10 años de experiencia. *Pan Am J Public Health*. 2005; 18: 346–348.
7. Ministerio de Salud [De Chile] (MINSAL). Contribuyendo a Mejorar Nuestra Calidad de Vida. Plan Comunas Vulnerables Región de O'Higgins. Santiago: MINSAL; 2009.
8. Pike KL. Language in Relation to a Unified Theory of Structure of Human Behavior. The Hague: Mouton; 1967.
9. Harris M. The epistemology of cultural materialism. In: *Cultural Materialism: The Struggle for a Science of Culture*. New York: Random House; 1980, pp. 29–45.
10. Bourriaud N. *Estética Relacional*. Buenos Aires: Editorial Los Sentidos/Artes Visuales, 2006.
11. Karkou V, Sanderson P. Defining Arts Therapies. In: V. Karkou and P. Sanderson (Eds.) *Arts Therapies a Research Based Map of the Field*. London: Elsevier, 2006, pp.29–48.
12. Denzin N, Lincoln Y. Introduction: Entering the field of qualitative research. In: N Denzin and Y Lincoln (Eds.) *The landscape of qualitative research. Theories and issues*. Thousand Oaks: Sage; 1998, pp.1–33.
13. Halbwachs M. *On collective memory*. Chicago: University of Chicago Press; 1992.
14. Espinoza A. La transmisión transgeneracional del trauma: Una experiencia encarnada. En: Aceituno R. *Espacios de Tiempo. Clínica de lo Traumático y Procesos de Simbolización*. Santiago: Colección Praxis Psicológica, Universidad de Chile; 2010: 125–146.
15. Riaño P. *Dwellers of Memory. Youth and Violence in Medellín, Colombia*. New Brunswick: Transaction Publishers; 2006.
16. McAdams D. *The Stories We Live by: Personal Myths and the Making of the Self*. New York: Guilford Press; 1993.
17. McLeod J. *Narrative and Psychotherapy*. London: Sage; 1997.
18. Polkinghorne D. *Narrative Knowing and the Human Sciences*. Albany, NY: State University of New York Press; 1988.
19. Bonnefoy J, Morgan A, Kelly MP, Butt J, Bergman V. *Constructing the evidence base on the social determinants of health: A guide*. Santiago: Organización Mundial de la Salud; 2007.
20. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Promoción de la salud mental*. Ginebra: OMS, 2004. Disponible en: www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf. (recuperado 20 de octubre de 2013).