

REVISIONES

Acción comunitaria tras una catástrofe siconatural: una revisión sistemática a propósito de la dana de Valencia

Community action after a natural disaster: a systematic review in regard to the floods in Valencia

Víctor Iranzo Crespo. Centro de Salud Fuente San Luis. Valencia (España)

Joan J. Paredes-Carbonell. Centre de Salut Pública d'Alzira. Fundació para el Foment de la Investigació Sanitària y Biomèdica de la Comunitat Valenciana. FISABIO. Valencia (España)

Amparo Ródenas Marco. Centre de Salut Pública d'Alzira. Fundació para el Foment de la Investigació Sanitària y Biomèdica de la Comunitat Valenciana. FISABIO. Valencia (España)

Dory Aviñó Juan-Ulpiano. Fundació para el Foment de la Investigació Sanitària y Biomèdica de la Comunitat Valenciana. FISABIO. Valencia (España)

RESUMEN

Objetivo. Identificar y describir las acciones comunitarias implementadas en la fase de reconstrucción tras una catástrofe siconatural.

Métodos. Se llevó a cabo una revisión sistemática con síntesis narrativa de los resultados. La búsqueda bibliográfica se hizo en las bases de Medline, Web of Science, Lilacs, Scielo y Dialnet, utilizando las palabras: «natural disasters», «community intervention», «community participation», «health promotion», «community health planning», «community networks» y «community health workers». En el análisis se valoró el grado de orientación comunitaria de las acciones teniendo en cuenta la intersectorialidad y la implicación de la población.

Resultados. De los 1.072 artículos identificados, 12 cumplieron los criterios de inclusión. Las acciones descritas presentan puntos en común como ofrecer apoyo emocional y psicológico, crear las condiciones que permitan expresar vivencias mediante soportes culturales, y promover redes de ayuda, cohesión, resiliencia comunitaria y, en ocasiones, contemplan la formación de líderes comunitarios. Siete de las doce experiencias obtuvieron una puntuación alta en cuanto a orientación comunitaria.

Conclusiones. La acción comunitaria está presente en la etapa de reconstrucción tras una catástrofe, independientemente del tipo de desastre y de su localización geográfica. La intersectorialidad, la implicación de la población y la capacidad de trabajar junto a profesionales y representantes políticos resultan claves y se contemplan en la mayoría de los trabajos analizados.

Palabras clave: participación de la comunidad, desastres naturales, revisión sistemática, agentes comunitarios de salud.

ABSTRACT

Aim. To identify and to report the community actions implemented in the post-social-natural disaster reconstruction phase.

Method. A systematic review with narrative synthesis of the results was performed. Medline, Web of Science, Lilacs, Scielo and Dialnet were all searched using the following search terms: “natural disasters”, “community intervention”, “community participation”, “health promotion”, “community health planning”, “community networks” and “community health workers”. In the analysis, the degree of community orientation of the actions was evaluated. Intersectoriality and the population’s involvement were both taken into account.

Results. Of the 1072 articles identified, a total of 12 met the inclusion criteria. The analyzed actions have common points such as offering emotional and psychological support, creating conditions that enable experiences to be expressed by means of cultural supports, and promoting help networks, cohesion, community resilience and, sometimes, contemplate the training of community leaders. Seven of the twelve experiences scored highly for community orientation.

Conclusions. Community action is present in the post-catastrophe reconstruction stage regardless of the type of disaster and its geographic location. Intersectoriality, population involvement and the ability to work together with professionals and political repre-

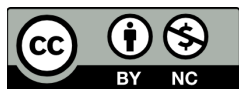


FECHA DE RECEPCIÓN:
28 DE FEBRERO DE 2025
FECHA DE ACEPTACIÓN:
17 DE SEPTIEMBRE DE 2025

Para contactar:

Víctor Iranzo Crespo.
victoretiranzo@gmail.com

Editor/a responsable:
Jorge Marcos Marcos



El contenido de Comunidad está sujeto a las condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional

sentatives are key factors and are contemplated in most works analyzed.

Keywords. *community health workers, community participation, natural disasters, systematic review.*

INTRODUCCIÓN

El 29 de octubre de 2024 una dana (depresión aislada en niveles altos) ocasionó el desbordamiento del río Magro y de varios barrancos de Valencia provocando graves inundaciones que afectaron a 79 municipios y, directa o indirectamente, a más de 1.000.000 de habitantes¹. Como consecuencia, fallecieron 229 personas. Además, se produjeron numerosos daños en viviendas, infraestructuras públicas, establecimientos industriales y comerciales, vehículos y explotaciones agrarias.

Para la Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de Salud (OPS/OMS), un desastre es un acto de la naturaleza cuya magnitud da origen a una situación catastrófica^{2,3}. Esta situación altera de forma repentina los patrones cotidianos de la vida generando desamparo, sufrimiento y necesidad de asistencia y de elementos básicos para vivir⁴. Pero más allá de todos estos aspectos, un desastre (su abordaje y superación) supone una compleja construcción social. De hecho, hay autores que proponen el término de «desastre socionatural»⁵. Esta manera de afrontar las catástrofes no se centra solo en el daño material y en la pérdida de vidas, sino que se enfoca también en la reorganización comunitaria considerando a las personas como agentes activos (y no meros receptores de ayudas) y en la realización de acciones futuras que superen la situación de vulnerabilidad frente a otros posibles episodios⁶.

En un desastre natural se consideran varias fases: fase previa y de alerta; de impacto y reacción; de emergencia y resolución contemporánea, y fase de adaptación y poscatástrofe⁷. Salvando las posibles variaciones en función del grado de daño de cada municipio afectado por la dana de Valencia, en el primer trimestre de 2025 (a partir del tercer mes después del evento y hasta 1 año o más), la mayoría de poblaciones se situarán en «fase de adaptación y poscatástrofe» o «fase de reconstrucción», si consideramos el impacto psicológico⁸. Esta fase se caracteriza por la reconstrucción física, económica y emocional, el esfuerzo por recuperar la normalidad, el reinicio de actividades de organización social y la estructuración del duelo colectivo en las comunidades afectadas⁷.

En los procesos de reconstrucción social tras una catástrofe, diversos autores consideran clave la creación de vínculos entre los tres protagonistas comunitarios (ciudadanía, profesionales y repre-

sentantes de la política), incrementar la capacidad de actuar de forma conjunta y mejorar las condiciones de vida de las personas. Estas funciones son las propias de la acción comunitaria en salud⁹⁻¹¹.

La mayoría de municipios afectados por la dana pertenecen a XarxaSalut (red de municipios por la salud de la Comunitat Valenciana), desde donde se articula la acción local en salud.

La pertenencia a esta red supone que cada municipio proporciona el apoyo político para impulsarla, una persona coordinadora y un espacio de participación. A partir de este espacio, los municipios inician las etapas del ciclo de acción comunitaria¹². Disponer de esta organización y estructura en el ámbito local es una oportunidad para avanzar en el proceso de recuperación tras la dana y, a la vez, potenciar las estrategias de promoción de la salud, las redes y la orientación comunitaria de los servicios sanitarios, lo que impactará en una mayor resiliencia y fortalecimiento del capital social^{13,14}. El papel de las redes comunitarias en favor de la salud de las personas ya se puso de manifiesto en la pandemia por COVID-19¹⁵.

Asimismo, en el marco de la Estrategia de Salud Comunitaria de Atención Primaria de la Comunitat Valenciana¹⁶ y durante los meses anteriores a la dana, se hizo una formación básica en salud comunitaria dirigida a los equipos de Atención Primaria. El desarrollo de los tres niveles de orientación comunitaria (individual con perspectiva biopsicosocial, grupal con la mirada de determinantes sociales y acción comunitaria) de esta estrategia tiene pleno sentido en las etapas poscatástrofe, especialmente el tercer nivel. En él, la ciudadanía, junto con las personas técnicas y representantes de la política, crean redes de saberes para mejorar las condiciones de vida e incrementan la capacidad de actuar de forma conjunta⁹.

Por tanto, aunque se dispone de una estructura organizativa y de profesionales con formación específica para la acción local en salud, resulta necesario conocer qué acciones comunitarias se han llevado a cabo en situaciones de recuperación poscatástrofe y sus resultados. Esta necesidad se evidencia ante la falta de estudios en nuestro contexto y, más aún, considerando la tendencia al abordaje asistencial y de carácter individual por parte del sector sanitario en estas situaciones poscatástrofe. Los resultados de esta revisión serán utilizados para transferir y promover acciones comunitarias basadas en la evidencia en los municipios afectados por la dana de Valencia.

OBJETIVO

El objetivo del artículo es identificar y describir las acciones comunitarias implementadas en

la fase de reconstrucción poscatástrofe socionatural.

MÉTODOS

Diseño

Se hizo una revisión sistemática con síntesis narrativa de los resultados siguiendo las directrices PRISMA 2020¹⁷. El protocolo de la revisión sistemática no fue registrado en repositorios internacionales.

Búsqueda

La búsqueda bibliográfica fue llevada a cabo por uno de los investigadores en noviembre de 2024 en las bases de datos Medline, Web of Science, Lilacs, Scielo y Dialnet.

Primeramente, se hizo un análisis preliminar de estudios previos, con el objetivo de seleccionar descriptores y términos libres, los cuales se combinaron mediante el operador booleano «AND». Cabe destacar como especificaciones que, en el caso de la base de datos Lilacs, para precisar la búsqueda, se usó el filtro de año de publicación, acotándose al período 2000-2024. Asimismo, debido a la gran cantidad de resultados de búsqueda, en Web of Science se emplearon filtros como año de publicación, país de origen, idioma y campo de investigación, entre otros.

Algunas de las palabras clave utilizadas fueron: «natural disasters», «community intervention», «community participation», «health promotion», «community health planning», «community networks» y «community health workers». Las estrategias de búsqueda y los filtros utilizados se encuentran en el material suplementario del artículo ([anexo 1](#)).

También se hizo una pesquisa en las bases de datos de literatura gris OpenGrey y GreyLit con el fin de rescatar bibliografía de difícil acceso, pero no se encontraron resultados.

Selección de los estudios

Dos investigadores se encargaron de seleccionar los artículos tras la lectura de los títulos y los resúmenes de forma independiente. Todos aquellos considerados potencialmente relevantes fueron leídos en su totalidad para establecer el cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. Las discrepancias se resolvieron por consenso.

Criterios de inclusión y exclusión

La búsqueda pretende responder a la siguiente pregunta de investigación: ¿Qué acciones comuni-

tarias se han llevado a cabo tras catástrofes socionaturales en poblaciones afectadas en cualquier país del mundo?

Se definió «acción comunitaria» como la dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un determinado ámbito con la triple función de crear vínculos, incrementar la capacidad de acción y mejorar las condiciones de vida⁹.

Se incluyeron artículos que explicaban, describían o evaluaban una o varias acciones comunitarias poscatástrofe. Se excluyeron revisiones, actas de congresos, artículos de opinión y editoriales. La búsqueda se restringió a artículos publicados a partir del año 2000. Con respecto al idioma, se incluyeron estudios en español, inglés y portugués.

Extracción de la información y análisis de resultados

Se elaboró el informe de resultados en base a una síntesis narrativa. En primer lugar, se hizo un análisis exploratorio de los artículos seleccionados, seguido de la codificación de los mismos. Este análisis se llevó a cabo por dos personas del equipo investigador de forma independiente. Posteriormente, se analizaron los datos de los estudios, estos fueron extraídos en una hoja de datos elaborada por el equipo investigador, que distinguía las siguientes categorías: título del artículo, centro de trabajo del primer autor o autora, año de publicación, revista, lugar de realización del estudio, tipo de catástrofe y año en que tuvo lugar, población participante, liderazgo de la acción, duración en meses y bases teóricas, descripción de la acción, resultados, evaluación, existencia de material complementario como guías o manuales que permiten conocer con detalles la intervención, calidad metodológica y grado de orientación comunitaria.

Respecto al grado de orientación comunitaria, esta se valoró según los criterios de: 1) implicación de los tres protagonistas de la acción (población, profesionales y representantes políticos); 2) la clasificación en niveles 1, 2 o 3 según la guía de acción comunitaria⁹; 3) intersectorialidad (participación de dos o más sectores); y 4) participación de la población entendida como toma de decisiones y/o acción conjunta (y no solo como información o consulta). Se puntuó de la siguiente forma: implicación de los protagonistas: 1 punto por protagonista implicado; niveles de orientación comunitaria: 1 punto nivel 1, 2 puntos nivel 2, y 3 puntos nivel 3 (siendo los puntos acumulables si hay combinación de los mismos); intersectorialidad: 0 puntos si hay un solo sector implicado, 1 punto si hay dos sectores implicados, 2 puntos si hay tres sectores, y 3 puntos si hay cuatro o más sectores;

participación: 3 puntos si hay toma de decisiones y/o acción conjunta. Así pues, 15 puntos sería la máxima puntuación en cuanto a orientación comunitaria de una intervención (**anexo 2**).

Evaluación de la calidad metodológica

Dos miembros del equipo investigador se encargaron de evaluar la calidad metodológica de los estudios empleando la lista de verificación del programa de habilidades de evaluación crítica (CASPe)¹⁸ cuya puntuación va de 0 a 10, siendo 0 la puntuación mínima y 10 la máxima.

Los artículos fueron puntuados del modo descrito a continuación: 0 = no cumple, 0,5 = no consta, 1 = cumple. Así pues, los estudios que obtuvieron ≥8 puntos se consideraron de calidad alta; aquellos que obtuvieron entre 6 y 7,5 puntos, de calidad moderada, y los que obtuvieron <6 puntos, de calidad baja (**anexo 3**).

RESULTADOS

Se recuperaron un total de 1.072 artículos, de los cuales se eliminaron 497 duplicados. De los 575 restantes, 538 fueron excluidos tras la lectura de los títulos y resúmenes.

Finalmente, de los 37 estudios que quedaron, se incluyeron 12 (**figura 1**).

Características de los estudios seleccionados

La **tabla 1** muestra que todos los estudios, excepto uno, se hicieron en el ámbito académico y se publicaron entre 2010 y 2024, 6 están publicados en inglés y 6 en español. Respecto al tipo de catástrofe, la mitad se realizaron a partir de un terremoto y tsunami. En cuanto a su procedencia, 7 pertenecen a desastres ocurridos en Latinoamérica (6 en Chile y uno en México). Las fechas de los eventos abarcan desde 2005 hasta 2020, aunque destaca el terremoto y tsunami acontecido en Chile en 2010, sobre el cual tratan 5 de los 12 estudios seleccionados. Cinco de los artículos presentan una puntuación alta en cuanto a la calidad metodológica.

Descripción de las acciones comunitarias

Con respecto a la población, como se observa en la **tabla 2**, predominan las intervenciones dirigidas a población general, aunque 2 estudios se enfocan en población infantil y otros 2 en personas mayores. En referencia al liderazgo, 8 de las 12 intervenciones se llevaron a cabo por grupos investigadores pertenecientes a universidades, 2 fueron realizadas por equipos de salud y otras 2 fueron impulsadas desde un contexto político e institucional. Respecto a la duración de las acciones, 6 abarcaron un pe-

Figura 1. Flujograma de los estudios incluidos

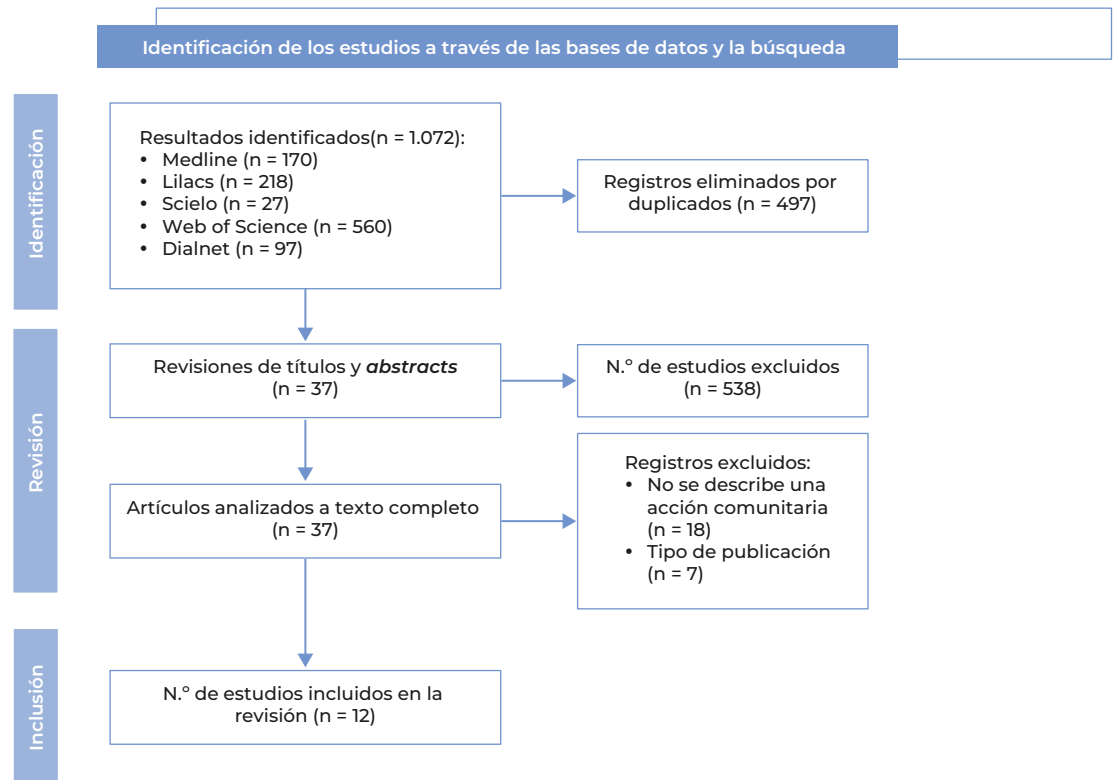


Tabla 1. Autoría de los artículos seleccionados, tipo de catástrofe, país y calidad metodológica

Autor (año), país	Centro primer/a autor/a	Idioma publicación	Tipo de catástrofe (año)	País (ciudad)	Calidad metodológica (CASPe)
Hirsu et al. ¹⁹ (2020), Reino Unido	Universidad de Glasgow	Inglés	Terremoto (2017)	México (varias ciudades)	10/10 Alta
Osorio- Parraguez et al. ²⁰ (2014), Chile	Universidad de Chile	Español	Terremoto y tsunami (2010)	Chile (Paredones)	8/10 Alta
Cerda San Martín ²¹ (2011), Chile	Dirección administración de salud	Español	Terremoto y tsunami (2010)	Chile (Talcahuano)	5/10 Baja
Mardones Carrasco et al. ⁶ (2015), Chile	Universidad de Chile	Español	Erupción volcánica e inundación (2009)	Chile (Chaitén)	7/10 Moderada
Kotozaki ²² (2014), Japón	Smart Ageing International Research Center, Institute of Development, Aging and Cancer, Universidad de Tohoku, Sendai, Japón	Inglés	Terremoto (2011)	Japón (Miyagi)	10,5/11 Alta
Loubat et al. ²³ (2010), Chile	Escuela de Psicología de la Universidad de Santiago de Chile	Español	Terremoto y tsunami (2010)	Chile (Peralillo)	3/10 Baja
Sommer et al. ²⁴ (2013), Chile	Facultad de Medicina Clínica Alemana- Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile	Español	Terremoto y tsunami (2010)	Chile	7/10 Moderada
Grandón Fernández et al. ²⁵ (2020), Chile	Universidad de Concepción (Chile)	Español	Terremoto y tsunami (2010)	Chile	8,5/11 Alta
Pike et al. ²⁶ (2024), Australia	Universidad de Nueva Inglaterra (Australia)	Inglés	Incendios forestales (2019-2020)	Australia (New South Wales)	No aplica (es un protocolo)
Wennerstrom et al. ²⁷ (2013), Estados Unidos	Tulane University School of Medicine	Inglés	Huracán (2005)	Estados Unidos (Nueva Orleans)	5,5/10 Baja
Hart et al. ²⁸ (2011), Australia	Universidad de Newcastle (Australia)	Inglés	Sequía (2007)	Australia (New South Wales)	4/10 Baja
Aldrich et al. ²⁹ (2017), Estados Unidos	Northeastern University, Boston (Estados Unidos)	Inglés	Terremoto y tsunami (2011)	Japón	11/11 Alta

ríodo superior a 6 meses y 2 se siguen llevando a cabo en la actualidad. La mitad de las intervenciones poseen webs o manuales de manera que se facilita su transferencia a otros países y contextos.

Las actuaciones descritas, a pesar de su variedad, presentan algunos puntos en común, como el ofrecer apoyo emocional y psicológico, crear las condiciones que permitan expresar vivencias mediante soportes culturales, y promover redes de ayuda, cohesión y resiliencia comunitaria. Las acciones formativas, de capacitación o psicoeducativas, en ocasiones dirigidas a la formación de líderes o agentes comunitarios, también aparecen en varios de los estudios seleccionados. Siete de las intervenciones obtienen una puntuación alta, de 10 o más puntos sobre un máximo de 15, en cuanto al grado de orientación comunitaria, y 4 de ellas obtienen la máxima puntuación (anexo 3).

Diseño de evaluación y resultados de las acciones comunitarias

En la **tabla 3** se ofrecen los resultados en relación con el diseño de evaluación de las acciones: 5 utilizaron métodos cualitativos; otros 5, métodos cuantitativos, y 2, emplearon un diseño mixto. Cabe destacar la utilización de las entrevistas individuales con preguntas abiertas y los autoinformes sobre cambios percibidos como métodos de recogida de información cualitativa, y la utilización de cuestionarios con escalas tipo Likert y el conteo de participantes en actividades en el abordaje cuantitativo. Por último, respecto a los resultados y, excepto en 3 estudios, se reportan cambios positivos en las poblaciones en las que se ha llevado a cabo la intervención (**tabla 3**).

Tabla 2. Artículos seleccionados según población, liderazgo, bases teóricas y descripción de las acciones comunitarias

Autor (año), país	Título de la intervención	Población	Liderazgo	Duración (meses)	Bases teóricas	Descripción	Grado de orientación comunitaria	Manuales, guías y/o webs asociados
Hirsu et al. ¹⁹ (2020), Reino Unido	La fuerza de las palabras. Protocolo para una intervención cultural en situaciones de emergencia	Infantil mayoritariamente, pero abierta a población adulta y mayor	Secretaría de Cultura del Ministerio de Cultura de México	12	Intervención cultural a través de personas mediadoras de lectura en literatura infantil	Los mediadores realizan talleres de animación a la lectura dirigidos a la población infantil. Durante el proceso recibieron formación para aumentar sus habilidades y adaptarse a la situación posdesastre. El protocolo es una guía que se elaboró a partir de toda la práctica desarrollada por los mediadores que tuvieron un fuerte apoyo institucional	10/15	La fuerza de las palabras. Protocolo para una intervención cultural en situaciones de emergencia
Osorio-Parraguez et al. ²⁰ (2014), Chile	Educación para la integración social de la población	Mayores	Dos investigadoras financiadas por el Vicerrectorado de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Chile	24	Antropología social, reconstrucción emocional, psicológica y social a partir de las fortalezas y experiencias expresadas mediante arte relacional (arteterapia) y talleres de memoria	Tras la etapa de diagnóstico y derivación de los casos más graves al equipo de salud mental, se utilizó la música campesina como forma de musicalizar las vivencias del terremoto y se desarrollaron talleres de memoria para hacer emerger las narrativas en relación con las experiencias, con el objetivo de reconstruir emocional, psicológica y socialmente a partir de sus fortalezas. Los talleres consistían en conversaciones entre los miembros de los grupos guiados por las investigadoras que evocan recuerdos de sus experiencias: hitos biográficos individuales y colectivos. La memoria colectiva constituye el eje unificador	4/15	
Cerda San Martín ²¹ (2011), Chile	Desarrollo de planes de emergencias para líderes comunitarios Comfort for Kids	Población general	Equipos de salud	2 (formación de líderes)	Modelo de trabajo comunitario desde Atención Primaria, psicoeducación y formación de agentes comunitarios que actúan en población infantil	Primeramente, la atención sanitaria se organizó a partir de la identificación de líderes comunitarios. Cada equipo de cabecera (que incluía personal sanitario) identificaba a 5 líderes, y cada líder estaba a cargo de 20 familias. Para capacitarlos, se realizaron unas jornadas formativas para 202 líderes comunitarios en las que se abordaron los temas: primeros auxilios psicológicos, autocuidados, prácticas exitosas que fortalecen la solidaridad comunitaria y elaboración de planes de emergencia a nivel de comunidad. También se describe el programa de ayuda emocional Comfort for Kids, llevado a cabo por la Fundación EPES en colaboración con Mercy Corps. Este consistió en un taller de capacitación para adultos y 8 sesiones semanales de 2 horas de duración con grupos de niñas y niños	15/15	«EPES y Mercy Corps inician programas de recuperación emocional para niñas/os y adolescentes de la Región del Biobío» «"Comfort for Kids" Responds to Emotional Trauma in Children»
Mardones Carrasco et al. ⁶ (2015), Chile	Talleres de radio	Adolescentes de 12-18 años	Un psicólogo y un periodista	12	Investigación-acción participativa (IAP) a través de formación-acción de jóvenes como periodistas radiofónicos	Los jóvenes recibieron 12 sesiones en 3 talleres de radio, con el objetivo de producir contenidos que resaltarán historias cotidianas. Los contenidos abordados en los talleres son elaboración de notas y creación de pautas periodísticas, géneros periodísticos, creación de un guion radiofónico y cómo realizar entrevistas. La sesión final consistió en la grabación de un programa radiofónico de 20 minutos. El tema central de las sesiones fue «La reconstrucción de Chaitén»	12/15	

Tabla 2. Artículos seleccionados según población, liderazgo, bases teóricas y descripción de las acciones comunitarias

Autor (año), país	Título de la intervención	Población	Liderazgo	Duración (meses)	Bases teóricas	Descripción	Grado de orientación comunitaria	Manuales, guías y/o webs asociados
Kotozaki ²² (2014), Japón	No específico	Mujeres	Equipo de psicólogos clínicos y un experto en terapia horticultural	4	Terapia horticultural	Se llevaron a cabo 16 sesiones semanales de 120 minutos cada una en el centro comunitario. Las sesiones consistían en lecturas interactivas y horticultura práctica. Las participantes también recibieron 6 clases sobre conocimientos teóricos sobre horticultura. Tras cada sesión las participantes realizaron una autoevaluación	4/15	
Loubat et al. ²³ (2010), Chile	Proyecto de apoyo emocional a la Comuna de Peralillo y sus alrededores	Población general	24 voluntarios de la Escuela de Psicología de la Universidad de Chile	2	Intervención psicoeducativa individual, grupal y comunitaria de soporte emocional por parte de psicólogos voluntarios con perspectiva intersectorial y de trabajo en red	La intervención consistió en una primera etapa de contención emocional. La segunda consistió en la evaluación de las necesidades de la comuna mediante informantes clave. Seguidamente, se hicieron intervenciones puerta a puerta, talleres grupales de apoyo emocional en espacios comunitarios, información psicoeducativa a través de la radio, distribución de cartillas informativas, orientación en la sala de espera del consultorio y actividades de psicoeducación y contención emocional a profesores y equipo de salud. El efecto dominó tuvo un papel importante, puesto que las personas que recibieron y formaron parte de las acciones transmitieron lo aprendido a otros afectados	15/15	
Sommer et al. ²⁴ (2013), Chile	No específico	Infantil y profesorado	Equipo de psiquiatría infantil	8	Intervención psicoeducativa en el entorno escolar: individual (alumnado) y grupal (talleres con profesorado)	Se llevó a cabo una visita cada 15 días a la escuela por parte del equipo de psiquiatría infantil. Se realizaron 3 modalidades de intervención: 1) consultoría de casos clínicos y atención de niños derivados por sus profesores; 2) talleres psicoeducativos a los profesores, y 3) una jornada de autocuidado dirigida a las/los profesoras tras finalizar el proceso	5/15	
Grandón Fernández et al. ²⁵ (2020), Chile	No específico	Habitantes de la comunidad de Villamar	Equipo gestor compuesto por miembros de la universidad y la comunidad	11	Intervención multicomponente mediante investigación basada en la participación de la comunidad (IBPC) o IAP, dirigida a la potenciación de recursos comunitarios (económicos, de capital social, de competencia comunitaria) y de la resiliencia comunitaria	Tras la etapa de diagnóstico, se establecieron tres líneas de intervención: 1) vigilancia sociosanitaria-continuidad de cuidados (detección temprana de casos mediante visitas domiciliarias y creación de la «mesa de reconstrucción» para la coordinación con agentes comunitarios de salud y la red de salud del territorio); 2) fortalecimiento comunitario para el autocuidado en salud (talleres de autocuidado para los afectados y miembros de los equipos de ayuda externos, curso de monitoras de salud, difusión y diseminación de la experiencia mediante carteles y «Feria ciudadana»), y 3) gestión de riesgo (curso de preparación frente a la emergencia)	15/15	

(Cont.)

Tabla 2. Artículos seleccionados según población, liderazgo, bases teóricas y descripción de las acciones comunitarias (Cont.)

Autor (año), país	Título de la intervención	Población	Liderazgo	Duración (meses)	Bases teóricas	Descripción	Grado de orientación comunitaria	Manuales, guías y/o webs asociados
Pike et al. ²⁶ (2024), Australia	«Community-based Disaster Mental Health Intervention» (CBDMHI)	Población rural australiana	Equipo investigador	3 días	Desarrollo de resiliencia comunitaria y cohesión y apoyo social como prevención y promoción de la salud mental en desastres naturales	Se propone adaptar el modelo CBDMHI a la población rural australiana afectada por los incendios forestales. Este modelo consta de tres etapas. En la primera etapa se recoge información sobre las necesidades percibidas mediante entrevistas semiestructuradas a la población. En la segunda etapa se analizan dichas necesidades y se colabora con el grupo local asesor para adaptar el modelo. Por último, en la tercera fase se lleva a cabo la intervención piloto	9/15	Manuales CBDMHI aplicados en Haití y Nepal
Wentrom et al. ²⁷ (2013), Estados Unidos	Mental Health Infrastructure and Training (MHIT) Project	Agentes comunitarios de salud y líderes comunitarios	Equipo investigador	8	Modelo de recuperación de desastres centrado en el desarrollo de servicios de salud mental, capacitación de organizaciones, alianzas entre comunidad e instituciones y la formación de líderes comunitarios con perspectiva de equidad	Se elaboró un programa de capacitación en materia de atención a la salud mental poscatástrofe para agentes de salud comunitaria y líderes de salud comunitaria. Este estaba compuesto por tres seminarios prácticos e información adicional recogida en un libro que les fue entregado	9/15	The Mental Health Infrastructure and Training Project. The MHIT Project Manual
Hart et al. ²⁸ (2011), Australia	Rural Adversity Mental Health Program (RAMHP)	Población general	Gobierno de New South Wales	2007 hasta la actualidad	Programa multinivel de desarrollo comunitario, alfabetización y promoción de la salud mental	La implementación del RAMHP se basó en el fomento de las redes sociales y el desarrollo comunitario; formación en primeros auxilios en materia de salud mental, creación de foros informativos para reducir el estigma de los problemas de salud mental y comprenderlos; folletos informativos que explican dónde localizar ayuda, implementación de una línea de apoyo a la salud mental gratuita. Asimismo, se contactó con seis agentes comunitarios de salud mental con el fin de ayudar a las asociaciones locales a organizar actividades, así como a identificar nuevas líneas de mejora para hacer frente a las necesidades emergentes	15/15	Rural Adversity Mental Health Program
Aldrich et al. ²⁹ (2017), Estados Unidos	Proyecto Ibasho	Principalmente personas de la tercera edad	Equipo investigador	De 2012 hasta la actualidad	Desarrollo de redes sociales, capital social y resiliencia comunitaria a partir de la construcción de un espacio físico (centro comunitario) autogestionado y liderado por personas mayores	Se realizó una encuesta con 1.142 resultados y se planteó la siguiente hipótesis: aquellos individuos que participan regularmente en Ibasho tienen un nivel de diferencia significativo en términos de eficacia, red de amistades y sentido de pertenencia. El proyecto Ibasho es un espacio que reúne a personas que tienen un contacto social limitado, involucrándolas en actividades comunitarias. Incluye un centro comunitario creado y gestionado por personas mayores, una cafetería, un huerto, un mercado de agricultores, una guardería, un centro de evacuación y un centro de recursos comunitarios en el que los mayores enseñan tradiciones culturales a los más jóvenes	12/15	Ibasho

Tabla 3. Diseño de evaluación y resultados de las intervenciones comunitarias en los artículos seleccionados

Autor (año), país	Título de la intervención	Diseño de evaluación	Resultados
Hirsu et al. ¹⁹ (2020), Reino Unido	La fuerza de las palabras. Protocolo para una intervención cultural en situaciones de emergencia	Cualitativa y centrada en el relato de la experiencia de 7 mediadoras de lectura y 2 coordinadoras de la Secretaría de Cultura	No se ofrecen resultados de impacto sobre la población infantil
Osorio- Parraguez et al. ²⁰ (2014), Chile	Educación para la integración social de la población	Etnografía: a través de los relatos de memoria e historias colectivas de las personas mayores	Comparan catástrofes anteriores. Describen las primeras reacciones tras el terremoto-tsunami y el sentido de comunidad. Destacan el rol de las redes formales e informales y la pronta visita de las autoridades. La religión como articulador del sentido de lo ocurrido. Expresan vulnerabilidad como personas mayores y sintomatología depresiva y el temor como consecuencia. Construcción de fortalezas como forma de aprendizaje. Visibilización y reconocimiento social de las personas mayores
Cerdeira San Martín ²¹ (2011), Chile	Desarrollo de planes de emergencias para líderes comunitarios Comfort for Kids	Encuesta de opinión para la evaluación de proceso (De la primera experiencia) con escala tipo Likert y apartados de respuesta abierta. De la segunda experiencia no figura evaluación	Satisfacción de la formación recibida y sugerencias de mejora para acciones formativas posteriores
Mardones Carrasco et al. ⁶ (2015), Chile	Talleres de radio	Cualitativa. Tras cada sesión se generaba una conversación con los jóvenes acerca de sus apreciaciones y evaluaciones del taller	Se describen percepciones de los jóvenes sobre la participación en el proyecto. El programa se incluyó de manera fija y estable en la programación de la radio local. Se identifican elementos clave que se muestran eficaces en contextos posdesastre y que son aplicables y transferibles
Kotozak ²² (2014), Japón	No especificado	Evaluación de cambios producidos por la intervención con cuestionarios y autoinformes pre-pos	Mejóro la autoestima, las habilidades de comunicación, las relaciones interpersonales y la conciencia comunitaria de las 45 mujeres
Loubat et al. ²³ (2010), Chile	Proyecto de apoyo emocional a la comuna de Peralillo y sus alrededores	Evaluación a partir del número de visitas de intervención terapéutica de salud mental. Evaluación final con una reunión de 30 representantes y expertos: no se detalla cómo se realizó ni se presentan resultados	Se constató una disminución paulatina del requerimiento de visitas a la comuna por parte del equipo de trabajo, mejoró la coordinación con las redes locales y se produjo una estabilización de la atención individual
Sommer et al. ²⁴ (2013), Chile	No especificado	Cuantitativa. Se evaluó la efectividad percibida por los profesores de las tres metodologías utilizadas mediante una encuesta anónima tipo Likert. Las atenciones de salud mental individuales se evaluaron según criterios clínicos y con el cuestionario TPEPT (trabajo paralelo)	Se produjeron cambios conductuales en los niños: disminución de la angustia y sufrimiento, mejoría en el rendimiento académico y percepción de la alegría. Además, las familias incrementan su motivación y compromiso con la escuela

Tabla 3. Diseño de evaluación y resultados de las intervenciones comunitarias en los artículos seleccionados

Autor (año), país	Título de la intervención	Diseño de evaluación	Resultados
Grandón Fernández et al. ²⁵ (2020), Chile	No especificado	Evaluación de proceso: porcentaje de personas que conocen el protocolo de coordinación y porcentaje que utiliza la red asistencial; porcentaje de personas que finalizan la formación; porcentaje de personas que llevan a cabo actividades en la comunidad Evaluación de impacto: cuestionarios de evaluación psicológica realizados únicamente después de la intervención (pretest no realizado por falta de recursos) y se comparó con otro municipio afectado que no recibió la intervención	La organización y el trabajo en red desarrollado contribuyeron a la densificación del tejido social y facilitaron los procesos de resiliencia comunitaria. La intervención realizada no tuvo efectos evaluados a través de los instrumentos empleados. En todas las mediciones no hubo diferencias significativas
Pike et al. ²⁶ (2024), Australia	«Community-based Disaster Mental Health Intervention» (CBDMHI)	Evaluación del impacto: autoinformes para identificar cambios producidos por la intervención pre-post (al finalizar y 6 meses después) Evaluar la aceptabilidad de la intervención con encuesta escala tipo Likert y preguntas abiertas. Entrevista semiestructurada opcional	No se ofrecen resultados de impacto ya que se trata de una propuesta de intervención que no se ha implementado todavía
Wennerstrom et al. ²⁷ (2013), Estados Unidos	Mental Health Infrastructure and Training (MHIT) Project	Evaluación cualitativa con datos recopilados de actas de sesiones de trabajo de las formaciones, de conferencias telefónicas, llamadas telefónicas, e-mails y entrevistas telefónicas semiestructuradas. Elaboraron un formulario estructurado para registro de los temas. Evalúan proceso y cambios referidos	Se obtuvo una respuesta general positiva a la formación y deseo de información adicional sobre terapia de resolución de problemas y trastorno de estrés posttraumático. Los agentes comunitarios de salud resaltaron algunas habilidades como el uso de herramientas validadas de detección de depresión, técnicas para generar confianza con los pacientes y conocimiento de recursos comunitarios para derivar pacientes con depresión, entre otras
Hart et al. ²⁸ (2011), Australia	Rural Adversity Mental Health Program (RAMHP)	No hacen evaluación. Refieren únicamente tener una retroalimentación inmediata	No se ofrecen resultados de impacto
Aldrich et al. ²⁹ (2017), Estados Unidos	Proyecto Ibasho	Evaluación de la eficacia de un programa (autogestión de un edificio y actividades que se organizan): encuesta a participantes y no participantes que tiene que ver con relación social, creencia en la capacidad para cambiar el entorno y sentido de pertenencia al barrio por una parte y número de visitas al edificio. Análisis de regresión ajustando por género, ingresos, edad y educación	Se concluyó que a mayor participación de manera regular en el proyecto, la eficacia de los individuos era mayor, tenían una red de apoyo social más grande y más consistente y el sentimiento de pertenencia era superior

(Cont.)

DISCUSIÓN

Con esta revisión se pretende identificar y describir las acciones comunitarias implementadas en la fase de reconstrucción después de una catástrofe. Se ha encontrado un bajo número de artículos (únicamente 12) sobre acciones con orientación comunitaria y enfoques participativos. La mayoría de ellos fueron publicados en revistas especializadas en prevención y recuperación de desastres. La escasez de publicaciones en revistas científicas sobre experiencias de acción comunitaria es común en salud pública y promoción de la salud y no es una excepción en el contexto de situaciones poscatástrofe³⁰.

La mayoría de los estudios incluidos en nuestra revisión (7-12) son acciones comunitarias en Latinoamérica (especialmente, en Chile, país con una alta frecuencia de desastres siconaturales) y podría ser explicable por la tradición en metodologías participativas y en investigación acción-participativa de este continente³¹. De ellos, destacan aquellas acciones que sitúan a las propias personas afectadas como protagonistas del proceso desde el inicio, en la detección de necesidades y priorización de acciones^{6,21,23,25}.

Otro aspecto que resaltar es que, a excepción de un estudio publicado por servicios sanitarios²¹, el resto lo fueron por departamentos universitarios, lo cual podría deberse al poco interés o escasa financiación para evaluar y publicar experiencias comunitarias tras los desastres.

Después de un desastre siconatural, se estima que entre el 30 y 50% de la población expuesta sufre alguna manifestación psicológica durante los meses siguientes^{32,33}. Por ello diversas intervenciones se basan en la psicoeducación, a nivel individual, grupal y comunitario^{21,23,24}. Tras las catástrofes, la prevención de problemas de salud mental debe ser primordial (principalmente del trastorno de estrés postraumático), mediante dinámicas grupales de regulación emocional, afrontamiento de la ansiedad y el miedo y, en los casos que se requiera, derivación a los equipos de salud mental. Tal y como demuestran los resultados obtenidos, las intervenciones psicosociales y de apoyo a la salud mental deben involucrar a los activos locales, movilizándolo y potenciando los recursos comunitarios para hacer frente a la situación de crisis y combatir la vulnerabilidad de la población afectada^{20,24,34}.

Wennerstrom *et al.*, Cerda San Martín y Grandón *et al.*, en sus respectivos estudios, reflejan que la formación en salud mental de agentes comunitarios permite que estos brinden apoyo y conocimientos entre iguales, siendo la formación de líderes una estrategia efectiva en la etapa de

reconstrucción ya que puede fortalecer el tejido social y la organización comunitaria³⁵.

Como señalan otros autores y confirman los resultados de la revisión^{30,36-38}, el desarrollo de las redes sociales y de la resiliencia comunitaria constituye una de las bases teóricas más utilizadas²⁵⁻²⁹. En situación poscatástrofe, la cohesión social y la resiliencia de las comunidades pueden verse afectadas, pero, a la vez, pueden considerarse situaciones de oportunidad para su desarrollo y fortalecer el capital social^{26,28}. Este constituye un factor protector para la salud mental como demuestran otros estudios^{37,38}.

Las intervenciones culturales también resultan ser eficaces tras los desastres debido a su papel integrador, ya que permiten llegar a los grupos más vulnerables como población infantil o mayor^{39,40}. Como ejemplos, destacan los espacios donde se expresan narrativas de la experiencia como mediación de lectura¹⁹, los talleres de memoria²⁰ o los talleres de radio⁶. Estas acciones se centran en el poder de las palabras y la literatura para fomentar el bienestar comunitario e impulsar el tejido social. Asimismo, proporcionan apoyo emocional, cultural y creativo a las comunidades para entender su nueva realidad, independientemente del contexto sociocultural y del tipo de catástrofe^{39,41}.

Una parte de las intervenciones se llevaron a cabo de manera voluntaria y, aparentemente, con escasa financiación de las administraciones. No obstante, el apoyo institucional constituye un factor facilitador para que la intervención se mantenga en el tiempo al posibilitar recursos económicos^{9,30,37,42}. Esto se evidencia en la experiencia del estudio de Hirsu *et al.*, en el cual los mediadores de lectura recibieron un fuerte apoyo institucional por parte de la Secretaría de Cultura del Ministerio de México.

Otro elemento que fomenta la eficacia de la acción y su mantenimiento en el tiempo es la implicación de los centros de salud o los centros especializados en salud mental. En nuestro contexto, mayoritariamente, los servicios de salud están orientados a la atención a la enfermedad siguiendo la teoría del déficit^{39,43}. Sin embargo, algunas intervenciones analizadas incorporan enfoques salutogénicos de promoción de salud mental^{21,23,25}, se generan fuera del sistema de salud, aunque conectadas con él o, a veces, incluso sin conexión, como es el caso del programa Ibasho²⁹. En la revisión de Sandoval-Díaz, se constata que el trabajo conjunto entre profesionales y comunidades favorece las relaciones de confianza y una mayor implicación de todas las partes en los procesos de recuperación, fomentando el impacto de la acción y su prolongación en el tiempo.

De este mismo modo, la orientación comunitaria del sistema sanitario implica la responsabilidad conjunta por la salud de la comunidad^{9,36}. De las 12 intervenciones analizadas, 5 estarían incluidas en el nivel 3, en el cual se trabaja de manera intersectorial y la población está involucrada (y no solamente «asiste» a las actividades)^{6,21,23,25,28}. En ocasiones se habla de acciones comunitarias, pero en realidad son actuaciones planteadas desde el punto de vista profesional y directivo, sin tener en cuenta el papel activo de la población para diseñar, desarrollar o evaluar la acción. Algunas de las acciones alcanzan el nivel 3 de orientación comunitaria gracias al trabajo coordinado entre el sector político, el ámbito sanitario especializado y las redes sociales existentes antes de la catástrofe^{21,25,28}. Un estudio australiano afirmó que resulta más eficaz aprovechar los vínculos y las relaciones preexistentes con el tejido social que establecer nuevas redes²⁸.

Esta idea se ve respaldada por Jackson *et al.*, que sostienen que las organizaciones comunitarias preexistentes poseen un valor muy grande en el contexto de poscatástrofe. Esto se evidencia tras el terremoto de 2010 que aconteció Chile, donde se usaron las juntas vecinales como espacio de participación entre los tres protagonistas de la acción comunitaria para aportar nuevas líneas de mejora y trasladar las necesidades de las familias a dicho órgano²¹.

En los artículos analizados, la participación de la población se hace evidente, por un lado, mediante espacios de participación conjuntos, donde la comunidad traslada sus preocupaciones, necesidades y propuestas y son escuchadas por el resto de protagonistas. Por otro lado, tal y como exponen Mardones *et al.* y Grandón *et al.*, a través del enfoque de investigación-acción participativa (IAP), se recogen las necesidades de la población y después se priorizan las acciones de forma conjunta³⁴. En tres de los estudios no se involucró a la población^{20,22,24}.

Pero, sobre todo, cabe destacar el mayor nivel de participación que se alcanza con proyectos como Ibasho, en el que la propia población impulsa iniciativas y las dirige de manera autónoma y autogestionada. Son las personas mayores las que integran a otras personas mayores en el espacio físico y en redes sociales, y las empoderan. Es un claro ejemplo de construcción de capital social y resiliencia comunitaria²⁹.

Respecto a la intersectorialidad, y a excepción del artículo de Osorio-Parraguez, en el cual solo hay presencia del sector salud, en el resto de estudios aparecen entre dos y cuatro sectores que apoyan, facilitan o intervienen en las acciones, y que suelen ser los mismos: educación, cultura, bienestar social, comunicación, académico, tejido social. Se

echa en falta la participación de otros sectores como urbanismo, que resulta clave en el período de reconstrucción.

A partir de los resultados de esta revisión, las acciones comunitarias tras un desastre socionatural deberían contar con los tres agentes de la comunidad (ciudadanía, profesionales y representantes de la política), promover el trabajo colaborativo y coordinado entre administraciones y entre todos los sectores que tienen que ver con las condiciones de vida de la población, así como impulsar al menos espacios de cocreación, o incluso de autogestión, en los que la ciudadanía tenga el poder de decidir en el análisis de situación y priorización de necesidades y acciones, en el diseño y desarrollo de las mismas y en su evaluación. Estos resultados son coherentes con la experiencia de la pandemia de COVID-19 en nuestro entorno⁴⁴. Las políticas, estrategias y planes de reconstrucción, en nuestro caso en los municipios afectados por la dana de Valencia, deberían tener en cuenta estos resultados y promover la participación ciudadana y la acción comunitaria ofreciendo recursos humanos y materiales de forma específica para su desarrollo y dinamización.

La presente revisión tiene varias limitaciones. Por una parte, destaca la escasez de artículos que describen y detallan una acción comunitaria. Esto podría ser debido a un posible sesgo de selección. Este se ha tratado de subsanar a través de la búsqueda en diversas bases de datos y a la elección de los artículos en base a criterios explícitos y reproducibles de forma independiente por parte de, al menos, dos personas del equipo investigador. Por otra parte, es muy probable que existan acciones que se estén o se hayan llevado a cabo tras desastres socionaturales, pero no están documentadas y publicadas. Esto puede deberse a que las memorias o los informes de evaluación de las acciones no hayan obtenido resultados significativos, o bien porque si los tienen no se destinan los recursos para difundirlos.

El estudio también posee fortalezas. Desde nuestro contexto, es la primera revisión sistemática que evalúa el grado de orientación comunitaria de acciones implementadas tras catástrofes socionaturales. Los criterios de valoración de esta orientación permiten identificar características comunes y rasgos únicos e innovadores de los artículos revisados.

La sistematización de las experiencias y de los modelos de actuación en comunidades afectadas por desastres socionaturales y la evaluación de su impacto en la salud resulta todavía incipiente en el contexto español. Como futuras líneas de investigación, sería de gran utilidad documentar y evaluar las intervenciones comunitarias realizadas en

el territorio valenciano tras la dana y que puedan servir para prevenir y actuar en futuros eventos.

En suma, y dada la escasez de acciones evaluadas que se ha evidenciado en la presente revisión, se deberían valorar más rigurosamente los resultados de dichas acciones, bien elaborando diseños de evaluación más robustos, bien llevando a cabo estudios longitudinales que analicen la eficacia a medio y largo plazo de las intervenciones implementadas, con el fin de disponer de datos que respalden su importancia en contextos de desastres socionaturales.

La dana de Valencia se ha erigido como una catástrofe sin precedentes en nuestro país, la cual se ha visto agravada por el cada vez más incipiente cambio climático. No sabemos cuándo ocurrirá otro desastre socionatural de semejante magnitud, pero lo que se ha evidenciado es la falta de preparación, estrategias, programas y protocolos de prevención y de recuperación ante catástrofes en España. Por ello, es vital mejorar y actualizar dichas políticas, así como disponer de acciones comunitarias que puedan implementarse en estos contextos e involucrar a la población en los procesos de prevención, recuperación y reconstrucción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Generalitat Valenciana. Presidencia de la Generalitat / Conselleria de Justicia e Interior. Decreto 164/2024, de 4 de noviembre, del Consell, de aprobación de las bases reguladoras y del procedimiento de concesión directa de ayudas urgentes a los municipios afectados por los daños producidos por el temporal de viento y lluvias iniciado en la Comunitat Valenciana el 29 de octubre de 2024. Diari Oficial de la Generalitat Valenciana, número 9974 bis, de 4 de noviembre de 2024.
2. World Health Organization. Division of Emergency Relief Operations. Emergency preparedness and response. WHO: European Regional Office; 1990.
3. León-Amenero D, Huarcaya-Victoria J. Salud mental en situaciones de desastres. *Horiz Med (Lima)*. [Internet]. 2019;19(1):73-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.12>
4. Villalobos A. Intervención en crisis en situaciones de desastre: intervención de primera y de segunda instancia. *Rev Méd Costa Rica Centrom.* 2009;66(587):5-13.
5. Mardones Carrasco R. Sistematización de una experiencia de Investigación-Acción-Participativa para el fortalecimiento de la participación comunitaria de jóvenes en el Chaitén posterupción volcánica a través de la radio local (tesis de titulación inédita). Chile: Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales; 2014.
6. Mardones Carrasco R, Velásquez Tapia F. Fortalecimiento de la Participación Comunitaria a través de la Radio Local. Una Propuesta de Investigación-Acción Participativa (IAP) con Jóvenes de Chaitén. *Magallania*. 2015;43(3):77-90.
7. Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Unidad Didáctica 3: Catástrofes y Colectividad. En: Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Guía Didáctica de Intervención Psicológica en Catástrofes. Madrid; DGPCyE; 2005.
8. DeWolfe DJ. Training manual for mental health and human service workers in major disasters. [Internet]. Washington: Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2000. p. 143. Disponible en: <https://www.hsd.org/c/view?docid=4017>
9. Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en red para mejorar las condiciones de vida. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2021.
10. Pérez-Sales, P. La concepción psicosocial y comunitaria del trabajo en catástrofes. Nuevas perspectivas en el marco de la elaboración de un programa internacional de formación de formadores. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2002;2(1):6-17.
11. Rodríguez J (ed.). Salud mental en la comunidad. 2.ª ed. OPS/OMS: Washington DC; 2009.
12. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Procedimiento para trabajar la acción comunitaria para la salud de los municipios en cinco etapas. Valencia: Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2018. Serie Guías XarxaSalut n.º 1.
13. Parsons M, Morley P. The Australian natural disaster resilience index. *Aust. J. Emerg. Manage.* [Internet]. 2017; 32(2):20-22. Disponible en: <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.813178575410300>
14. Nakagawa Y, Shaw R. Social capital: a missing link to disaster recovery. *Int J Mass Emerg Disasters*. 2004;22(1):5-34.
15. Ministerio de Sanidad. Redes comunitarias en la crisis de COVID-19. Ministerio de Sanidad: Madrid; 2020.
16. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Estrategia de Salud Comunitaria de la Comunitat Valenciana 2023-2025. Valencia: Generalitat Valenciana; 2023.
17. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. [Internet]. 2021;372:n71. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
18. CASPe, Critical Appraisal Skills Programme Español. [Internet]. [Consultado: 15 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://redcaspe.org/materiales/>
19. Hirsu L, Arizpe E, McAdam JE. Cultural interventions through children's literature and arts-based practices in times of disaster: A case study of reading mediators' response to the Mexican earthquakes (September 2017). *International Journal of Disaster Risk Reduction*. [Internet]. 2020;51:101797. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2020.101797>
20. Osorio-Parraguez P, Espinoza A. Salud mental en desastres naturales: estrategias interventivas con adultos mayores en sectores rurales de Chile. *Glob Health Promot*. 2016;23(2):84-91. DOI: 10.1177/1757975914566890.

21. Cerda San Martín LE. Estrategia de intervención con enfoque comunitario y de salud mental en situación de catástrofe del 27F. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*. 2011;94:123-34.
22. Kotozaki Y. Horticultural Therapy as a Measure for Recovery Support of Regional Community in the Disaster Area: A Preliminary Experiment for Forty Five Women Who Living Certain Region in the Coastal Area of Miyagi Prefecture. *IJEMHHR*. 2014;16(2):114-6.
23. Loubat M, Fernández AM, Morales M. La experiencia de Peralillo: una intervención psicológica para el estado de emergencia. *Terapia Psicológica*. 2010;28(2):203-7.
24. Sommer A, Abufhele M, Briceño AM, Dávila AM, Barreau M, Castro S, et al. Intervención de salud mental en niños expuestos a desastre natural. *Rev Chil Pediatr*. 2013;84(1):59-67.
25. Grandón Fernández P, Saldívar Bórquez S, Fernández Vicente X, Mosto García R, Flores Zamora A, Navarro Rojas N. Intervención comunitaria para la gestión de desastres mediante un modelo de investigación basado en la participación de la comunidad. En: Olivos Jara P, Navarro Carrascal O, Loureiro A, eds. *Cómo afrontar una catástrofe. Percepción de riesgo y factores psicosociales de la adaptación*. [Internet]. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2020. pp.179-200. Disponible en: http://dx.doi.org/10.18239/est_167.2020.00
26. Pike CE, Dohnt HC, Tully PJ, Bartik W, Welton-Mitchell C, Murray CV, et al. A Community Mental Health Integrated Disaster Preparedness Intervention for Bushfire Recovery in Rural Australian Communities: Protocol for a Multimethods Feasibility and Acceptability Pilot Study. *JMIR Res Protoc*. 2024;13:e53454; doi: 10.2196/53454.
27. Wennerstrom A, Vannoy SD, Allen CE, Meyers D, O'Toole E, Wells KB, et al. Community-Based Participatory Development of a Community Health Worker Mental Health Outreach Role to Extend Collaborative Care in Post-Katrina New Orleans. *Ethn Dis*. 2013;21(3 Suppl 1):S1-45-51.
28. Hart CR, Berry HL, Tonna AM. Improving the mental health of rural New South Wales communities facing drought and other adversities. *Aust J Rural Health*. [Internet]. 2011;19(5):231-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1584.2011.01225.x>
29. Aldrich DP, Kyota E. Creating Community Resilience Through Elder-Led Physical and Social Infrastructure. *Disaster Med Public Health Prep*. [Internet]. 2017;11(1):120-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1017/dmp.2016.206>
30. Reyes-Valenzuela C, Villagrán L, Alzugaray C, Cova F, Méndez J. Social Sharing of Emotions and Communal Appraisal as Mediators Between the Intensity of Trauma and Social Well-Being in People Affected by the 27F, 2010 Earthquake in the Biobío Region, Chile. *Front Psychol*. 2021;12:641793; doi:10.3389/fpsyg.2021.641793.
31. Abeldaño RA, Fernández R. Salud mental en la comunidad en situaciones de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad. *Ciênc saúde coletiva*. 2016;21(2):431-42; DOI: 10.1590/1413-81232015212.17502014.
32. Ozaki A, Horiuchi S, Kobayashi Y, Inoue M, Aida J, Leppold C, et al. Beneficial Roles of Social Support for Mental Health Vary in the Japanese Population depending on Disaster Experience: A Nationwide Cross-Sectional Study. *Tohoku J Exp Med*. 2018;246(4):213-23. DOI: 10.1620/tjem.246.213.
33. Vitriol V, Minoletti A, Alvarado R, Sierralta P, Cancino A. Respuesta de los centros de atención primaria en salud mental después del terremoto y tsunami del 2010 en la Región del Maule. *Rev Med Chile*. 2014;142:1120-7.
34. Cueto RM, Fernández MZ, Moll S, Rivera G. Community Participation and Strengthening in a Reconstruction Context After a Natural Disaster. *J Prev Interv Community*. [Internet]. 2015; 43(4):291-303. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/10852352.2014.973296>
35. Santos PZD, Dias JI, Alves RB. Educação permanente sobre a atenção psicossocial em situação de desastres para agentes comunitários de saúde: um relato de experiência. *Saúde Debate*. [Internet]. 2019; 43(3):200-8. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S315>
36. Sandoval-Díaz J, Navarrete Muñoz M, Cuadra Martínez D. Revisión sistemática sobre la capacidad de adaptación y resiliencia comunitaria ante desastres siconaturales en América Latina y el Caribe. *REDER*. [Internet]. 2023;7(2):187-203. Disponible en: <https://doi.org/10.55467/reder.v7i2.132>
37. Rawat A, Pun A, Ashish KC, Tamang IK, Karlström J, Hsu K, et al. The contribution of community health systems to resilience: Case study of the response to the 2015 earthquake in Nepal. *J Glob Health*. 2023;13:04048; doi: 10.7189/jogh.13.04048
38. Hall CE, Wehling H, Stansfield J, South J, Brooks SK, Greenberg N, et al. Examining the role of community resilience and social capital on mental health in public health emergency and disaster response: a scoping review. *BMC Public Health*. [Internet]. 2023;23:2482. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17242-x>
39. Miller JL, Pescaroli G. Psychosocial capacity building in response to cascading disasters: a culturally informed approach. *Int J Disaster Risk Reduct*. [Internet]. 2018; 30:164-71. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2018.04.018>
40. Gangi JM, Barowsky E. Listening to children's voices: literature and the arts as means of responding to the effects of war, terrorism, and disaster. *Child Educ*. [Internet]. 2009;85(6):357-63. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00094056.2009.10521401>
41. Betancourt TS, Meyers-Ohki S, Charrow AP, Tol WA. Interventions for children affected by war: an ecological perspective on psychosocial support and mental health care. *Harv. Rev. Psychiatr*. [Internet]. 2013;21(2):70-91. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e318283bf8f>
42. Ma C, Qirui C, Lv Y. «One community at a time»: promoting community resilience in the face of natural hazards and public health challenges. *BMC Public Health*. [Internet]. 2023;23:2510. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17458-x>
43. Jackson SF, Fazal N, Gravel G, Papowitz H. Evidence for the value of health promotion interventions in natural disaster management. *Health Promot Int*. 2017;32(6):1057-66. doi:10.1093/heapro/daw029
44. Cubillo-Llanes J, García-Blanco D, Benede-Azagra B, Gallego-Diéguez J, Hernán-García M. Participación comunitaria: aprendizajes de la COVID-19 para nuevas crisis. *Informe SESPAS 2022. Gac Sanit*. [Internet]. 2022;36(S1):S22-S25. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.02.011>

ANEXOS

ANEXO 1. Estrategias de búsqueda

PUBMED

(natural disasters[MeSH Terms]) AND (community participation[MeSH Terms])
 (natural disasters[MeSH Terms]) AND (health promotion[MeSH Terms])
 (natural disasters[MeSH Terms]) AND (community health planning[MeSH Terms])
 (natural disasters[MeSH Terms]) AND (community health workers[MeSH Terms])
 (natural disasters[MeSH Terms]) AND (community networks[MeSH Terms])
 (natural disasters[MeSH Terms]) AND (community intervention[MeSH Terms])

LILACS

(natural disasters) AND (community participation) AND (year_cluster:[2000 TO 2024]) AND instance:"lilacsplus"
 (natural disasters) AND (health promotion) AND (year_cluster:[2000 TO 2024]) AND instance:"lilacsplus"
 (natural disasters) AND (community health planning) AND (year_cluster:[2000 TO 2024]) AND instance:"lilacsplus"
 (natural disasters) AND (community health workers) AND (year_cluster:[2000 TO 2024]) AND instance:"lilacsplus"
 (natural disasters) AND (community networks) AND (year_cluster:[2000 TO 2024]) AND instance:"lilacsplus"
 (natural disasters) AND (community intervention) AND (year_cluster:[2000 TO 2024]) AND instance:"lilacsplus"

DIALNET

natural disasters AND Community participation
 natural disasters AND health promotion
 natural disasters AND community health planning
 natural disasters AND community health workers
 natural disasters AND community networks
 catástrofe AND intervención comunitaria

WOS^a

(TS=(natural disasters)) AND TS=(community participation)
 (TS=(natural disasters)) AND TS=(health promotion)
 (TS=(natural disasters)) AND TS=(community health planning)
 (TS=(natural disasters)) AND TS=(community health workers)
 (TS=(natural disasters)) AND TS=(community networks)
 (TS=(natural disasters)) AND TS=(community intervention)

SCIELO

natural disasters AND Community participation
 natural disasters AND health promotion
 natural disasters AND community health planning
 natural disasters AND community health workers
 natural disasters AND community networks
 natural disasters AND community intervention

^a En Web of Science se usaron los siguientes filtros:

- Idioma: inglés, portugués, español.
- Año: 2000-2024.
- País: «Peoples R China», «Japan», «India», «Iran», «Brazil», «Italy», «Nepal», «Pakistan», «UK», «Peru», «Ecuador», «Cuba», «Brasil», «Colombia», «Chile», «Haiti», «Spain».
- Campo de investigación: «social sciences», «life sciences biomedicine or physical sciences».
- *Mesh headings*: «humans or disasters or community participation or disaster planning or floods or resilience psychological or social participation or health services needs and demand».

ANEXO 2. Valoración del grado de orientación comunitaria de las 12 intervenciones					
Autor (año), país	Nivel de orientación comunitaria	Protagonistas	Intersectorialidad	Participación	Puntuación total
Hirsu <i>et al.</i> (2020), Reino Unido	2	3	2	3	10
Osorio- Parraguez <i>et al.</i> (2014), Chile	2	2	0	0	4
Cerda San Martín (2011), Chile	1+2+3 (6)	3	3	3	15
Mardones Carrasco <i>et al.</i> (2015), Chile	2+3 (5)	2	2	3	12
Kotozaki (2014), Japón	2	2	0	0	4
Loubat <i>et al.</i> (2010), Chile	1+2+3 (6)	3	3	3	15
Sommer <i>et al.</i> (2013), Chile	1+2 (3)	2	0	0	5
Grandón Fernández <i>et al.</i> (2020), Chile	1+2+3 (6)	3	3	3	15
Pike <i>et al.</i> (2024), Australia	2	2	2	3	9
Wennerstrom <i>et al.</i> (2013), Estados Unidos	2	2	3	3	9
Hart <i>et al.</i> (2011), Australia	1+2+3 (6)	3	3	3	15
Aldrich <i>et al.</i> (2017), Estados Unidos	3	3	3	3	12

ANEXO 3. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS 12 ESTUDIOS INCLUIDOS EMPLEANDO LA HERRAMIENTA CASPE

Tabla A. Estudios cualitativos											
Autor (año), país	Objetivo	Metodología	Diseño	Reclutamiento	Recolección de datos	Relación investigador r/ participante	Cuestiones éticas	Análisis riguroso	Resultados	Aplicabilidad	Puntuación total
Hirsu et al. (2020), Reino Unido	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	10 Alta
Osorio-Parraguez et al. (2014), Chile	Sí (1)	Sí (1)	No (0)	NC (0,5)	Sí (1)	Sí (1)	NC (0,5)	Sí (1)	No (1)	Sí (1)	8 Alta
Cerda San Martín (2011), Chile	Sí (1)	No (0)	No (0)	No (0)	NC (0,5)	NC (0,5)	NC (0,5)	NC (0,5)	Sí (1)	Sí (1)	5 Baja
Mardones Carrasco et al. (2015), Chile	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	No (0)	NC (0,5)	No (0)	NC (0,5)	7 Moderada
Loubat et al. (2010), Chile	Sí (1)	No (0)	No (0)	Sí (1)	No (0)	No (0)	No (0)	No (0)	No (0)	Sí (1)	3 Baja
Sommer et al. (2013), Chile	Sí (1)	Sí (1)	No (0)	Sí (1)	Sí (1)	No (0)	Sí (1)	NC (0,5)	NC (0,5)	Sí (1)	7 Moderada
Pike et al. (2024), Australia											No aplica (es un protocolo)
Wennerstrom et al. (2013), Estados Unidos	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	No (0)	Sí (1)	No (0)	No (0)	NC (0,5)	No (0)	Sí (1)	5,5 Baja
Hart et al. (2011), Australia	Sí (1)	No (0)	No (0)	Sí (1)	NC (0,5)	NC (0,5)	No (0)	No (0)	No (0)	Sí (1)	4 Baja

Tabla B. Ensayos clínicos aleatorizados

Autor (año), país	Pregunta de investigación	Aleatorización	Comparabilidad	Pérdidas	Medición	Comunicación selectiva	Resultados	Precisión	Extrapolación	Importancia clínica	Justificación	Puntuación total
Kotozaki (2014), Japón	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	NC (0,5)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	10,5 Alta

Tabla C. Estudios de casos y controles

Autor (año), país	Pregunta de investigación	Metodología	Reclutamiento casos	Reclutamiento controles	Sesgos	Factores de confusión	Resultados	Precisión	Validez	Homogeneidad	Extrapolación	Puntuación total
Grandón Fernández et al. (2020), Chile	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	No (0)	Sí (1)	No (0)	Sí (1)	NC (0,5)	Sí (1)	Sí (1)	8,5 Alta
Aldrich et al. (2017), Estados Unidos	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	Sí (1)	11 Alta