

SALUD MENTAL Y RESILIENCIA EN DOS POBLACIONES EN SITUACIÓN DE RIESGO DE DESASTRE EN ANTIOQUIA, COLOMBIA

Norman Darío Moreno Carmona^{1*}, Maryoris Elena Zapata Zavala² y Erika Yamile Rodríguez Suárez²

1. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad de San Buenaventura Cali, Colombia.
2. Facultad de Psicología, Universidad de San Buenaventura Medellín, Colombia.

*Autor de correspondencia:
ndmoreno@usbcali.edu.co

DOI:
<https://doi.org/10.55467/reder.v9i1.181>

RECIBIDO
18 de febrero de 2024

ACEPTADO
8 de septiembre de 2024

PUBLICADO
1 de enero de 2025

Formato cita

Recomendada (APA):

Moreno Carmona, N.D, Zapata Zavala, M.E. & Rodríguez Suárez, E.Y. (2025). Salud mental y resiliencia en dos poblaciones en situación de riesgo de desastre en Antioquia, Colombia. *Revista de Estudios Latinoamericanos sobre Reducción del Riesgo de Desastres REDER*, 9(1), 124-133. <https://doi.org/10.55467/reder.v9i1.181>



Todos los artículos publicados en REDER siguen una política de Acceso Abierto y se respaldan en una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

Revista de Estudios Latinoamericanos sobre Reducción del Riesgo de Desastres (REDER)

RESUMEN

El propósito de este estudio fue identificar factores psicológicos asociados a la vulnerabilidad y resiliencia en personas expuestas a eventos o situaciones asociadas a riesgos por desastres. Específicamente, se trabaja con dos casos, uno que ya vivió una avalancha y el otro que se encuentra en riesgo. Se realizó una categorización de algunos síntomas de salud mental y de la resiliencia en situaciones de riesgo de desastre. Se trata de una aproximación cuantitativa correlacional aplicando las escalas de resiliencia de Wagnild y Young y la de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) a 239 adultos que han vivido una situación de desastre o que están en riesgo de vivirla. Se encontró que existe una relación inversa significativa, pero baja, entre la salud mental y la resiliencia y que las personas con mayores puntuaciones en resiliencia obtuvieron menor presencia de síntomas. Además, los del grupo pre-desastre obtuvieron mayores puntuaciones en resiliencia que los del grupo pos-desastre; y aunque no hubo significancia en las diferencias respecto a la presencia de síntomas, el tamaño del efecto indicó mayores puntuaciones en el grupo que ya se ha enfrentado a un desastre.

PALABRAS CLAVES

Resiliencia; Salud mental; Vulnerabilidad; Desastre; Gestión del riesgo; Colombia

MENTAL HEALTH AND RESILIENCE IN TWO POPULATIONS FACING DISASTER RISK IN ANTIOQUIA, COLOMBIA

ABSTRACT

The purpose of this study is to identify psychological factors associated with vulnerability and resilience in people exposed to events or situations associated with risks from disasters. Specifically, we work with two cases, one that has already experienced an avalanche and the other that is at risk. In the research, a categorization of some symptoms of mental health and resilience in disaster risk situations is carried out. It is a quantitative correlational approach that integrates the psycho-clinical dimension by applying the resilience scales of Wagnild and Young (1993) and depression, anxiety and stress (DASS-21) to 239 adults who have experienced a disaster situation or who are at risk of experiencing it. It was found that there is a significant but low inverse relationship between the resilience and mental health scale and that people with higher resilience scores had lower presence of symptoms. In addition, those in the pre-disaster group scored higher in resilience than the post-disaster group; and although there was no significance in the differences regarding the presence of symptoms, the size of the effect indicated that higher scores in the group that has already faced a disaster.

KEYWORDS

Resilience; Mental health; Vulnerability; Disaster; Risk management; Colombia

INTRODUCCIÓN

Este artículo hace parte de los resultados del proyecto de investigación denominado “Determinación de las variables socioculturales y psicológicas de vulnerabilidad y resiliencia derivadas de eventos de estrés por desastres de origen antrópico” realizado en dos municipios: Salgar, al suroeste de Antioquia, Colombia y Barbosa, al norte del mismo departamento. En el primer caso, se focaliza la población alrededor de la quebrada La Liboriana, que vivieron la tragedia ocurrida en 2015, tras la avalancha desencadenada por las fuertes lluvias sobre el cerro Plateado, ocasionando movimientos en masa y deslizamientos (Pareja, 2016). En el segundo caso, se trata del asentamiento La Primavera, que es una zona en la que confluyen factores de riesgo ambiental, tecnológico y antrópico; entre ellos, sobresale la variabilidad del cauce del río Medellín, los riesgos asociados a su explotación minera y el montaje de escombreras en áreas de inundación del río. Otro de los factores de riesgo, consiste en la instalación de una torre de energía provisional a cargo de Empresas Públicas de Medellín, de la cual se desprenden cables de alta tensión, descolgados sobre la margen del río, muy cerca del suelo, viviendas y árboles del asentamiento (Corporación Región, 2019).

Para la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2009) los desastres implican una perturbación psicosocial que en términos de salud mental excede las capacidades de afrontamiento y manejo de las comunidades afectadas. Las consecuencias de un desastre son tanto de tipo económico que generan destrucción, aumento de la pobreza, daño ambiental y de infraestructura, como de deterioro a nivel personal, familiar y comunitario que se traduce en un impacto de tipo psicosocial. Los efectos en estas áreas se relacionan con múltiples variables y entre estas se encuentra las condiciones de vida de la persona y el nivel de deterioro de su ambiente físico y social. Los desastres en Latinoamérica han servido también para reflexionar sobre los factores subyacentes del riesgo y para exponer sus causas estructurales, tanto económica como culturales (Allen et al., 2020).

Los desastres son sucesos altamente estresantes y sin lugar a duda producen un impacto significativo en la salud mental de los afectados, por eso la mayoría de los estudios sobre las consecuencias de los desastres han indagado sobre el crecimiento postraumático y el estrés postraumático. Y en general han encontrado que el crecimiento postraumático es el resultado de una respuesta positiva al trauma y que los afectados con síntomas de estrés postraumático tienen más posibilidades de crecer ante el impacto de los desastres (Schneider et al., 2019; Weber et al., 2020).

Un evento traumático como un sismo o cualquier desastre de origen antrópico puede alterar la salud física y psicológica de las personas que lo viven. La afectación de la salud mental puede darse a corto o mediano plazo y aunque las reacciones emocionales y la situación particular pueden variar existe un patrón general de respuesta que se experimenta por fases. En la primera fase se da el choque o impacto y se presenta en el momento del desastre; las personas pueden presentar confusión, miedo e irritabilidad y se destaca la supervivencia. Después viene la fase de reacción, allí se escapa del lugar y se presenta ansiedad y pensamientos recurrentes sobre lo ocurrido y también se busca el apoyo de familiares y de amigos. Posteriormente se da la fase del heroísmo, en la cual se experimenta temporalmente el optimismo, el altruismo, la cooperación y se producen redes de apoyo sociales y vínculos comunitarios. Luego se da la fase de desilusión, que corresponde al momento de confrontación con la realidad y el posible efecto en el estado de ánimo que se puede extender por meses o años. Y por último se da la fase de reconstrucción en la que se espera un proceso de adaptación de la persona a las nuevas situaciones y condiciones de vida después del desastre (Palomares & Campos, 2018).

Por su parte, Bambarén (2011) afirma que las respuestas psicológicas después de un desastre son múltiples y variadas y se manifiestan desde las primeras horas hasta meses después. A las 72 horas se pueden presentar crisis emocionales, en el primer mes duelo, sentimientos depresivos acompañados de dolencias físicas o pérdida de sueño entre otros síntomas. A los tres meses se presenta miedo, ansiedad y falta de confianza por las dificultades de adaptación o por la no resolución de problemas derivados del evento. Después se pueden presentar trastornos de tipo mental que suelen inhabilitar a las personas para realizar sus actividades cotidianas de trabajo o estudio y pueden aparecer ideaciones suicidas y estrés postraumático.

Para la Organización Panamericana de Salud (2009) un desastre tiene un impacto psicosocial y depende de varios factores: el tipo de evento, las condiciones psicológicas de las personas y el contexto donde se desarrolla el desastre. Los eventos inesperados como estos producen mayor impacto y no suelen dar tiempo de reaccionar para su prevención; a nivel personal aparecen las estrategias de afrontamiento que permiten a las víctimas reaccionar de diversa manera ante el evento; y en términos del entorno se ha encontrado que existe un mayor impacto en las personas más pobres, con limitaciones en el acceso a derechos fundamentales como servicios de salud y sociales.

Lo que evidencia la literatura existente es que el estrés, la ansiedad y la depresión son las principales afectaciones de salud mental que tienen los sobrevivientes después de haber vivido un desastre y que la dimensión de los problemas va más allá del control del uso y mantenimiento de los espacios (Paiva & Schicchi, 2020).

Con respecto al estrés, Lazarus y Folkman (1986, citados por Rodríguez et al., 2009) afirman que hace referencia a la interacción de la persona con su entorno, de la que se desprende una valoración cognitiva de una situación psicológica. De esta manera el estrés surge a partir de dos elementos claves: la valoración cognitiva y las estrategias de afrontamiento. Al comienzo surge una valoración que se puede denominar primaria, porque comienza cuando se detecta un evento externo y la respuesta fisiológica decide si existe o no un peligro, y una valoración secundaria que surge con el proceso valorativo ante la decisión de la respuesta y la etiqueta de la emoción. En este sentido será la evaluación cognitiva la que determine la respuesta al estrés y frente a esto se producen las estrategias de afrontamiento.

En relación con la ansiedad, la teoría de los tres sistemas de respuesta formulada por Lang (1968) menciona que ella se expresa como un sistema de triple respuesta: cognitivo, fisiológico y motor. A nivel cognitivo se presenta una sensación de ansiedad acompañada de ideas o sensaciones de miedo o preocupación y en la patológica se magnifica la amenaza y se llega a experimentar un pánico generalizado. La respuesta fisiológica se asocia al aumento de la actividad del sistema nervioso y resultado de ello se producen alteraciones cardíacas, respiratorias, electrodérmicas, tensiones musculares o rigidez esquelética. Y la respuesta motora surge como resultado de los aumentos de las respuestas fisiológicas y cognitivas y los cambios a su vez se dividen en respuesta directa como tics, temblores, inquietud motora, tartamudeo entre otras o indirectas como las conductas de escape o evitación (Martínez et al., 2012).

Y con respecto a la depresión, encontramos la teoría de Abramson, Metalsky y Alloy (1989) de la desesperanza y de la depresión (TD) que hace referencia a un modelo cognitivo de vulnerabilidad-estrés que afirma que las personas que tienen mayores niveles de vulnerabilidad y estrés presentan más riesgo de desarrollar síntomas depresivos que aquellas que no lo tienen. Y de acuerdo a esto, dicha vulnerabilidad se manifiesta por una tendencia a suponer que hay asuntos permanentes y globales causantes de las cosas negativas que le pasan; y que dichos sucesos negativos tienen una cierta cadena de causalidad en el tiempo, pues permiten explicar los eventos negativos futuros; además de una tendencia a considerar aspectos negativos sobre sí mismo (Abramson et al., 1997). Sin embargo, en situaciones específicas de poblaciones en riesgo, como la estudiada por González Castillo (2021) en Chañaral (Chile), lo que se evidencia es que la falta de acción del estado y la ausencia de resultados concretos incrementan el sentimiento de angustia y resignación, lo que a su vez aumenta las sensaciones negativas de ese contexto de riesgo.

Las primeras y más evidentes consecuencias de los desastres se pueden apreciar en las secuelas que deja en la salud física de las personas; sin embargo, esto mismo no ocurre en los efectos en la salud mental, porque se ha demostrado que los síntomas que se presentan frente a un desastre están asociados a signos de alto sufrimiento psicológico, tristeza y temor, y existe un aumento en la probabilidad de padecer problemas psiquiátricos y sociales (OPS, 2009).

Y aunque después de un desastre la mayoría de las personas vuelven a ser funcionales, se ha logrado evidenciar que algunas personas persisten con síntomas de estrés. Y al analizar los diferentes momentos de esa "enfermedad" se puede inferir que en el periodo reciente después del desastre predominan los trastornos ansiosos, que se traducen en un pánico individual y colectivo con altos niveles de tensión y angustia que pueden llegar a ser incontrolables. De igual forma surgen reacciones agresivas, violentas y temerosas. Las personas con pánico manifiestan inquietud extrema, miedo a morir, sensación de irrealidad asociados a síntomas somáticos

y autonómicos. Las crisis de pánico inician bruscamente y pueden durar segundos, minutos y hasta horas. Los trastornos por estrés agudos varían de acuerdo con cada persona y se presenta angustia, intranquilidad, irritabilidad y aislamiento. Y el estrés postraumático aparece meses después y se relaciona con la huella mnémica de los sucesos, el volver a revivir la experiencia, la aparición de pesadillas y la prevención casi extrema de sucesos asociadas al acontecimiento (De La Barra & Silva, 2010).

No obstante, la afectación después de un desastre depende también de factores psicológicos, de salud y sociales previos, que unidos a las condiciones del contexto determinan si la persona tiene mayor o menor capacidad de hacer frente a las condiciones a veces extremas que le genera un desastre (Bambarén, 2011).

En relación a las conductas post desastre, según Cohen (1985) los sobrevivientes suelen presentar tres tipos de reacciones que resultan fundamentales para su posterior recuperación y adaptación: factores estresantes y reacción de estrés, estilos de conductas de afrontamiento y sistema de conductas y apoyo social. La afectación depende tanto del desastre específico, como de la percepción y el significado para los afectados y los cambios que surgen en su entorno, así como la capacidad que tienen los individuos de afrontar dichos cambios y los que se pueden producir a nivel personal de manera sana y adaptativa. También resulta fundamental el contar con redes de apoyo efectivas y apropiadas para los individuos.

Específicamente, la resiliencia es un concepto que tiene múltiples definiciones; sin embargo, todas concuerdan en que es la capacidad que tiene un individuo de sobreponerse y salir fortalecido ante la adversidad. Y para esto se le adjudica algunas características o componentes que deben estar presentes como adversidad, adaptación positiva y proceso. Por un lado, requiere una adaptación positiva por parte de la persona en relación con los factores de riesgo, que puede ser desde vivir en condiciones de pobreza hasta la pérdida de un familiar. El proceso implica que el individuo supere las expectativas sociales en relación con su etapa de desarrollo o que no haya indicio de desajuste. Y el proceso posibilita entender la adaptación resiliente con relación a una interacción de factores tanto a nivel del riesgo como de la resiliencia y que pueden implicar el contexto familiar o condiciones ambientales personales y socioculturales. Y en ese sentido la resiliencia no sólo corresponde a un atributo personal, sino que también requiere de condiciones favorables en la familia, las instituciones educativas, la comunidad y la sociedad (Infante, 2001).

La resiliencia es una variable que también ha sido estudiada en contextos de regeneración urbana, asociada a los conceptos de vulnerabilidad y sostenibilidad (Paiva y Schicchi, 2020) y en contextos de desastres; sin embargo, se ha logrado evidenciar que en estudios cuantitativos este concepto en ocasiones puede llegar a confundirse con el de crecimiento postraumático y esto debido a sus difusas diferencias. Mientras el crecimiento postraumático hace referencia a los cambios positivos y duraderos después del desastre, la resiliencia se refiere la capacidad de adaptación del individuo a situaciones traumáticas o estresantes. Así, mientras algunos estudios evidencian que la percepción de la resiliencia comunitaria aumenta el desarrollo del crecimiento postraumático (Shigemoto, 2021), las redes de apoyo y las competencias comunitarias permiten afrontar de mejor manera los desastres e impiden que dicha situación represente un riesgo para la salud mental (Garrido et al., 2020); y los factores protectores de tipo individual, familiar y ambiental permiten que los individuos logren una adaptación resiliente frente al trauma por el impacto de un desastre (Labra et al., 2019).

Ante la poca investigación específica de estas variables psicológicas en contextos de desastres, se encontraron investigaciones que evidencian la asociación entre resiliencia y salud mental en distintos escenarios, como por ejemplo los estudio de Almanza-Avenida et al. (2018) con estudiantes universitarios mexicanos con algún tipo de afectación por la violencia del crimen organizado y de Oliveira et al. (2020) con mujeres lesbianas y bisexuales del Brasil; ambos estudios encontraron que la resiliencia actúa como moderadora entre victimización y psicopatología. Además, en el estudio mexicano se encontró una mayor presencia de sintomatología obsesivo-compulsiva en las mujeres, así como mayores niveles de somatización, sensibilidad interpersonal, miedo-hostilidad, ansiedad y depresión y correlaciones inversas altas entre las fortalezas personales y la presencia de síntomas psicopatológicos. Y en la revisión realizada por Asensio-Martínez et al. (2017) sobre las relación entre resiliencia y la salud mental se encontró que la mayor parte de las investigaciones se centran en variables como afecto positivo/negativo, estilos

de afrontamiento y apego, entre otros, y la presencia de sintomatologías de estrés, ansiedad y depresión. Los puntajes altos en resiliencia tienen una relación significativa con puntajes bajos en trastornos psicológicos, mejor calidad de vida, creencias personales más positivas y con la baja creencia en la posibilidad de controlar lo que sucede en la vida; además, la salud mental y la vulnerabilidad están relacionadas con la resiliencia a través de diversos factores psicológicos asociados a fortalezas personales y espirituales.

Por otro lado, dos estudios con profesionales de la salud durante la pandemia de COVID-19 en México y Ecuador evidenciaron, por un lado, niveles bajos de resiliencia en los más jóvenes que se encuentran solteros y tienen un bajo nivel educativo, y que los predictores de resiliencia fueron la búsqueda de información sobre salud mental, un nivel educativo más alto, puntuaciones bajas en depresión y disfunción social (Martínez et al., 2021) y por otro lado, todo parece indicar que a mayor resiliencia mejores estrategias de afrontamiento y mayores umbrales de tolerancia del malestar psicológico que pudo producir la situación de pandemia.

Como conclusión general, Asensio-Martínez et al. (2017) afirman que existe una relación negativa entre resiliencia y depresión, es decir, a mayor puntaje en la escala de resiliencia, menor en la escala de depresión, y que la resiliencia tiene un efecto moderador en los síntomas de estrés postraumático. Además, que la resiliencia tiene un efecto protector ante los eventos estresantes de la vida.

MÉTODO

En este proyecto, a partir de un paradigma empírico analítico, interesaba perfilar y relacionar la salud mental y resiliencia en personas en situación de riesgo de desastre de origen antrópico, 120 del municipio de Salgar (Antioquia, Colombia) que vivieron el desbordamiento de la quebrada La Liboriana acaecido en 2015, y 119 del asentamiento La Primavera en el municipio de Barbosa (Antioquia, Colombia), en el que coexisten factores de riesgo ambiental, tecnológico y antrópico, por el riesgo del desbordamiento del río Medellín.

Se aplicó la escala de resiliencia de Wagnild y Young (1993) adaptada por Rodríguez et al. (2009) y Crombie et al. (2015) que evalúa la resiliencia según dos factores: 'competencia personal' (que indica autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia) y 'aceptación de uno mismo y de la vida' (que indica adaptabilidad, balance, flexibilidad y una perspectiva de vida estable que coincide con la aceptación por la vida y un sentimiento de paz a pesar de la adversidad) (Crombie et al., 2015, p.5). La prueba original se compone en total de 25 ítems, pero en la adaptación de Rodríguez et al. (2009) se eliminaron dos ítems en el proceso de confiabilidad; se utiliza una escala tipo Likert donde 1 es máximo desacuerdo y 7 es máximo acuerdo. Y la escala DASS-21, adaptada en Colombia por Ruiz et al. (2017) que evalúa sintomatología depresiva, ansiosa y relacionada con el estrés. La escala de respuesta es de tipo Likert de cuatro opciones, donde 0 es que "no me ha ocurrido" y 3 "me ha ocurrido mucho/la mayor parte del tiempo".

La aplicación se realizó utilizando tabletas directamente en los hogares de los participantes, haciendo un barrido por todas las viviendas que componían cada comunidad, y con las personas que manifestaron su voluntad de participar y firmaron el respectivo consentimiento informado.

Se utilizó el software SPSS para el análisis estadístico y lo primero que se hizo fue comprobar la distribución de las variables mediante la prueba Kolmogorov-Smirnov y se encontró que todas las escalas tienen una distribución diferente a la distribución normal, por lo que los análisis que se siguieron fueron de carácter no paramétrico.

RESULTADOS

El 68.6% de los participantes fueron mujeres, el promedio de edad fue de 48 años (DE=17,4), la mayoría tenían una relación de pareja (31.4% unión libre, 25.5% casados), el 49.8% informaron un nivel educativo bajo (máximo hasta 5° de primaria) y en cuanto a su ocupación, el 46.4% son amas de casa, el 26% son trabajadores independientes informales y solamente el 18% tienen un empleo formal. El 73% vive en casa propia, la mayoría de dichos propietarios corresponden al municipio de Salgar (85%), por haber sido ya reubicados, mientras en Barbosa hay un buen número de personas que viven en arriendo (13.4%) o invadieron algún lote (18.5%). El 57.8% de los encuestados tienen acceso subsidiado a la salud por el SISBEN¹ y el 37.6% a través de

1. "Es el Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales, que permite clasificar a la población colombiana de acuerdo con sus condiciones de vida e ingresos. Esta clasificación se utiliza para focalizar la inversión social y garantizar que sea asignada a quienes más lo necesitan" (www.sisben.gov.co).

Entidades Promotoras de Salud (EPS) que hacen parte del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia, ya sea en el régimen contributivo o beneficiario. Además, el 44.4% de los participantes manifiesta que la familia recibe algún tipo de subsidio por parte del gobierno nacional.

Se calculó la confiabilidad de las escalas mediante el Alpha de Cronbach y se obtuvieron las puntuaciones que se observan en la Tabla 1.

Escala (# ítems)	Alfa	N
Resiliencia (25)	,846	238
Competencia personal (16)	,804	238
Aceptación de uno mismo y la vida (7)	,622	239
Salud Mental (20)	,928	239
Depresión (6)	,831	239
Ansiedad (7)	,824	239
Estrés (7)	,835	239

Tabla 1. Confiabilidad de las escalas de Resiliencia y Salud mental
Fuente: Autores, 2025.

Se procedió con la correlación entre los factores de salud mental y resiliencia, encontrando, como lo muestra la Tabla 2, que existe una relación inversa significativa, pero baja, entre los tres componentes de salud mental evaluados y los dos factores de resiliencia; es decir, que las personas con mayores puntuaciones en resiliencia obtuvieron menor presencia de síntomas depresivos, de ansiedad o estrés.

Salud Mental	Resiliencia	
	Competencias personales	Aceptación de sí mismo y de la vida
	Rho	Rho
Depresión	-.279***	-.273***
Ansiedad	-.137*	-.156*
Estrés	-.166*	-.285***

Tabla 2. Correlación de Spearman entre Salud Mental y Resiliencia
Fuente: Autores, 2025.

Nota: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$

Y como se observa en la Tabla 3, en las correlaciones por municipio, se encontró que dicha relación se mantenía en casi todos los análisis bivariados excepto entre el componente de aceptación de sí mismo y de la vida con la presencia de síntomas de ansiedad y que en las personas que ya han vivido el desastre (Salgar) no existe relación significativa entre sus competencias personales y la presencia de síntomas de ansiedad y estrés.

Salud Mental	Grupos	Resiliencia	
		Competencias personales	Aceptación de sí mismo y de la vida
		Rho	Rho
Depresión	Barbosa	-.281**	-.252**
	Salgar	-.275**	-.294**
Ansiedad	Barbosa	-.184*	-.170
	Salgar	-.099	-.142
Estrés	Barbosa	-.257**	-.261**
	Salgar	-0.58	-.297***

Tabla 3. Correlación de Spearman entre Salud Mental y Factores de Resiliencia según Municipio

Fuente: Autores, 2025.

Nota: * $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$

Luego se procedió a identificar si existían diferencias en las dos variables evaluadas entre las personas que ya habían vivido un evento de desastre (Salgar) y los que se encontraban en riesgo (Barbosa).

La Tabla 4 muestra el análisis U de Mann Whitney que evidencia que existen diferencias estadísticamente significativas en la resiliencia entre las personas de los dos municipios, específicamente que los de Barbosa obtuvieron mayores puntuaciones en los dos factores de resiliencia que los de Salgar; sin embargo, las diferencias no son significativas en las variables de salud mental entre las dos poblaciones.

No obstante, el cálculo de la probabilidad de superioridad (PS_{est}) como tamaño del efecto para la U de Mann-Whitney indica que existe mucho error para rechazar la afirmación que los rangos son idénticos y, por tanto, la probabilidad que un puntaje seleccionado aleatoriamente de un grupo es superior al seleccionado del otro en las escalas de salud mental (Ventura-León, 2016, p.353).

Lo que suele suceder en estos casos es la confusión de la palabra significativa como sinónimo de importante, omitiendo que, aunque el p-valor resulta superior a 0,05 en dichas escalas, en realidad el tamaño del efecto PS_{est} sugiere que las diferencias entre ambos grupos están por encima de 0,48, incluso se acerca a 0,5 en las subescalas de depresión, ansiedad y estrés, lo que resulta coherente con los propósitos de la investigación. En este sentido, este valor se aproxima a un pequeño efecto, indicando mayores puntuaciones en la presencia de síntomas de salud mental en el grupo que ya se ha enfrentado a un desastre.

Escalas	Grupos	n	Mdn (Rango)	U	p	PS_{est}
Depresión	Barbosa	119	0.5 (2.2)	7064	,886	,495
	Salgar	120	0.5 (2.8)			
Ansiedad	Barbosa	119	0.6 (2.7)	7132	,988	,499
	Salgar	120	0.6 (2.4)			
Estrés	Barbosa	119	0.9 (2.4)	6854	,592	,480
	Salgar	120	1 (3)			
Competencia personal	Barbosa	118	6.1 (3.3)	5665	,008	,397
	Salgar	120	5.8 (4.7)			
Aceptación de sí mismo y la vida	Barbosa	119	6.1 (3.3)	6018	,035	,421
	Salgar	120	5.9 (3.9)			

Tabla 4. Resultados U de Mann Whitney – Salud Mental y Resiliencia según experiencia previa de un desastre

Fuente: Autores, 2025.

Nota: n=tamaño muestral; Mdn= Mediana; U= U de Mann-Whitney; p= Sign. asintótica (bilateral); PS_{est} = Probabilidad de Superioridad (tamaño del efecto).

Finalmente se quiso comprobar si la edad y el sexo eran variables que tenían que ver con la salud mental y la resiliencia de los participantes; para el primer caso se conformaron cuatro grupos etarios y se analizaron las diferencias mediante la Anova de Kruskal Wallis (Tabla 5).

En la única escala que se encontraron diferencias estadísticamente significativas fue en la competencia personal de la resiliencia y la prueba post hoc evidenció que dichas diferencias se dan entre el grupo de mayores de 60 años y los menores de 35 años, siendo menor la puntuación de dichas competencias en el grupo de personas mayores. Esto corrobora lo encontrado en las tablas 3 y 4, pues se encontraron diferencias significativas en la edad de los dos grupos ($X^2=10,373$; $p<.05$), siendo la población de Salgar quien concentra el grupo etario de mayor edad y por tanto menores puntuaciones en competencia personal.

Al hacer una comparación entre hombres y mujeres con la U de Mann Whitney (Tabla 6) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las escalas, si bien se evidencia un pequeño efecto, probabilidad de superioridad, en los puntajes de las mujeres en todas las escalas. Es decir, aunque presentan mayores puntuaciones en los síntomas de salud mental, también son quienes mayor puntúan en los factores de resiliencia.

Escala Salud Mental y Resiliencia	Mdn (Rango) Grupo Etario				H de Kruskal Wallis	Post hoc
	Menores de 35 años (n=64)	Entre 35 y 50 años (n=71)	Entre 51 y 60 años (n=40)	Mayores de 60 años (n=64)		
Depresión	0.5 (2,8)	0.5 (2.7)	0.7 (2.2)	0.6 (2.5)	2,362	
Ansiedad	0.6 (2.3)	0.6 (1.9)	0.7 (2.8)	0.7 (2.4)	4,722	
Estrés	1 (3)	0.9 (2.1)	1 (2.1)	0.9 (2.6)	,682	
Competencia personal	6.1 (2.4)	6.3 (2.7)	6.2 (2.5)	5.6 (4.7)	18,386***	1>4
Aceptación de sí mismo y la vida	6 (3.9)	6 (3.4)	6.3 (2.9)	5.8 (3)	6,305	

Tabla 5. Resultados del análisis de Kruskal Wallis - Salud mental y Resiliencia según el grupo etario

Fuente: Autores, 2025.

Nota: *p ≤ ,05 **p ≤ ,01 ***p ≤ ,001

Escala	Grupos	n	Mdn (Rango)	U	p	PS _{est}
Depresión	Hombres	75	0.5 (2.5)	5484	,177	,446
	Mujeres	164	0.6 (2.8)			
Ansiedad	Hombres	75	0.6 (2.4)	5400	,129	,439
	Mujeres	164	0.7 (2.7)			
Estrés	Hombres	75	0.9 (3.0)	5523	,205	,449
	Mujeres	164	1.0 (2.7)			
Competencia personal	Hombres	74	5.9 (3.3)	5821	,615	,480
	Mujeres	164	6.1 (4.7)			
Aceptación de sí mismo y la vida	Hombres	75	6.0 (3.0)	5883	,590	,478
	Mujeres	164	6.0 (3.9)			

Tabla 6. Resultados U de Mann Whitney - Salud Mental y Resiliencia según sexo

Fuente: Autores, 2025.

Nota: n=tamaño muestral; Mdn= Mediana; U= U de Mann-Whitney; p= Sign. asintótica (bilateral); PS_{est} = Probabilidad de Superioridad (tamaño del efecto).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados obtenidos se logra evidenciar que, a pesar de que existe una diferencia en el contexto de la afectación de la población involucrada, en relación con el estudio de Martínez et al. (2021) se corroboran menores niveles de resiliencia ante afectaciones de salud mental como síntomas somáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social y depresión. Sin embargo, con relación a las diferencias por sexo, este estudio no constata que los hombres tengan mayores niveles de resiliencia, y si bien no existen grandes diferencias entre los dos sexos, el tamaño del efecto indica una tendencia a mayores niveles de síntomas de depresión, estrés y ansiedad en ellas, así como mayores puntuaciones en los factores de resiliencia. El presente estudio tampoco confirma que los más jóvenes tengan menores niveles de resiliencia, específicamente en el factor de competencia personal, que indica que los jóvenes presentan mayores niveles de autoconfianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio y perseverancia, algunas de las cuales suelen considerarse características más propias de la juventud.

Al analizar el papel de la resiliencia en la salud mental se encontró que, al parecer, la resiliencia disminuye las posibilidades de afectación de los desastres en el desarrollo de psicopatologías y tiene una fuerte relación con el bienestar, lo que corrobora lo planteado en los estudios de Avendaño et al. (2018) y Olivera et al. (2020), haciendo corresponder lo que ellos denominan características individuales con las competencias personales de la resiliencia que se midieron en el presente estudio

Por otro lado, las diferencias en la resiliencia entre las personas que ya vivieron un desastre y las que están en riesgo coincide con las referencias de la OPS (2009) en relación con la afectación en salud mental que viven las personas después del desastre, que suelen experimentar temor y ansiedad al recordar el trauma y tener que enfrentarse a las consecuencias de este; también una inestabilidad emocional traducida en tristeza e ira y lo agobiante que resulta para las personas

manejar sus emociones, sus relaciones interpersonales, cumplir con las tareas diarias y tener que confrontarse constantemente con la pérdida y lo nuevo.

Las diferencias encontradas en los dos grupos poblacionales también constatan los planteamientos de Bambarén (2011) respecto a que el nivel de afectación después del desastre depende también de factores de resiliencia y de riesgo previos al desastre, que determinan si la persona tiene mayor o menor capacidad de resistir a las condiciones nuevas y extremas que le generó el evento; y los resultados del estudio de González Castillo (2021) que permitieron corroborar que, así como la experiencia traumática vivida por los participantes de Salgar explica la presencia de sintomatología en ellos, la incertidumbre vivida por los habitantes de La Primavera en Barbosa también carga su estado mental de ansiedad y estrés, al no ver solución a los riesgos de su contexto.

En general, se puede concluir, junto a los resultados encontrados por Asensio-Martínez et al. (2017) que la resiliencia es un moderador de los síntomas de ansiedad, depresión y estrés ante situaciones de trauma o vulnerabilidad, como en este caso de personas enfrentadas a un desastre; y que, como lo propuso Labra et al. (2019), los factores protectores de tipo individual, como la competencia personal y la aceptación de sí mismo, medidos en el presente estudio, permiten que los individuos logren una mejor adaptación resiliente frente al trauma causado por el impacto de un desastre.

Las limitaciones de este estudio y, por tanto, el alcance de sus resultados, se relacionan con el muestreo, dadas las restricciones que establece el tamaño de la misma población abordada y la reticencia de algunos para responder el instrumento. Se considera que con poblaciones más grandes y muestreo aleatorio se podrían obtener resultados más generalizables, si bien se alcanzan a corroborar asuntos que la literatura científica ya ha venido encontrando sobre la relación entre resiliencia y la salud mental.

REFERENCIAS

- Abramson, L.Y., Alloy, L.B., Metalsky, G.I., Joiner, T.E., & Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza: aportaciones recientes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 211–222. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.3.1997.3845>
- Allen, A., Sarmiento, J.P., & Sandoval, V. (2020). Los Estudios Latinoamericanos de Reducción del Riesgo de Desastres en el Contexto de la Pandemia del COVID-19. *Revista de Estudios Latinoamericanos sobre Reducción del Riesgo de Desastres REDER*, 4(2), 1-6. <https://doi.org/10.55467/reder.v4i2.46>
- Almanza-Avenida, A.M., Gómez-San Luis, A.H., Gurrola-Peña, G.M. (2018). Victimización, resiliencia y salud mental de estudiantes de universidad en Tamaulipas, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 16(1), 345-360. <https://doi.org/10.11600/1692715x.16121>
- Asensio-Martínez, A., Magallón-Botaya, R., & García-Campayo, J. (2017). Resiliencia: impacto positivo en la salud física y mental. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(2), 231–242. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1096Bambarén>, C. (2011). Salud mental en desastres naturales. *Revista Psicológica Herediana*, 6, 1–6. www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RPH/article/download/.../2058
- Cohen, R. (1985). Reacciones individuales ante desastres naturales. *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana*, 98(2), 171–180. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16956/v98n2p171.pdf>
- Corporación Región. (2019, 18 de julio). Por el derecho a la vivienda y un hábitat digno para las víctimas de La Primavera, en el municipio de Barbosa. <https://www.region.org.co/index.php/enterate/item/389-por-elderecho-a-la-vivienda-y-un-habitat-digno-para-las-victimas-de-la-primavera-en-el-municipio-de-barbosa>
- Crombie, P., López, M.J., Mesa, M.C. y Samper, L. (2015). *Adaptación de la escala de resiliencia de Wagnild y Young*. Universidad de los Andes. https://issuu.com/samperlina/docs/adaptaci_n_de_la_escalade_resilie
- De La Barra, F., & Silva, H. (2010). Desastres y salud mental. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 48(1), 7–10. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272010000200001>
- Garrido, S., Chireno, C., Vallejo, P., Flores, M., Moreno, A., Gutierrez, A., Ramírez, A., Sosa, D., & Torres, V. (2020). La resiliencia como estrategia de afrontamiento en población víctima de desastres ambientales. *Revista Nuevas Propuestas*, 39(56), 1–18. <http://revistas.ucse.edu.ar/ojsucse/index.php/nuevaspropuestas/article/view/34>

- González Castillo, P. B. (2021). Habitar entre arenas de relaves. Incertidumbre sanitaria y sufrimiento ambiental en Chañaral (Chile). *Revista INVI*, 36(101), 83-108. <https://doi.org/10.4067/S0718-83582021000100083>
- Infante, F. (2001). *La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente*. In *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas* (pp. 31-53). <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-de-buenos-aires/psicologia/melillo-a-suarez-ojeda-e-n-comp-2001-la-resiliencia-como-proceso-una-revision-de-la-literatura-reciente-31-53/16193803>
- Labra, O., Ependa, A., & Castro, C. (2019). Análisis de los factores de resiliencia después de un desastre natural: caso de una muestra de chilenos que vivieron el terremoto y el tsunami de 2010. *Perspectivas Sociales*, 21(1), 57-84. <https://perspectivassociales.uanl.mx/index.php/pers/article/view/92>
- Martínez Arriaga, R.J., González Ramírez, L.P., Navarro Ruiz, N.E., de la Roca Chiapas, J. M., & Reynoso González, O.U. (2021). Resiliencia asociada a factores de salud mental y sociodemográficos en enfermeros mexicanos durante COVID-19. *Enfermería Global*, 20(3), 1-16. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.452781>
- Martínez, M. C., Inglés, C. J., Cano-Aindel, A., & García, J. M. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la Ansiedad de Lang. *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3), 201-219. <https://www.researchgate.net/publication/232706973>
- Oliveira Paveltchuk, F., Callegaro Borsa, J. & Figueiredo Damásio, B. (2020). Apoio social, resiliência, estresse de minorias e saúde mental de mulheres lésbicas e bissexuais. *Psico-USF, Bragança Paulista*, 25(3), 403-414. <https://doi.org/10.1590/1413-82712020250301>
- Organización Panamericana de Salud. (2009). *Guía Práctica de Salud Mental en Situaciones de Desastres*. <https://www.paho.org/es/documentos/guia-practica-salud-mental-situaciones-desastres>
- Paiva, M., & Schicchi, M.C. da S. (2020). Regeneração e resiliência: as intervenções urbanas recentes na Praça Roosevelt em São Paulo. *Revista INVI*, 35(100), 115-142. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-83582020000300115>
- Palomares, E., & Campos, P.E. (2018). Impacto de los terremotos en la salud mental. *Ciencia*, 69(3), 48-55. https://www.amc.edu.mx/revistaciencia/images/revista/69_3/PDF/impactoSaludMental.pdf
- Pareja, D. (2016, 18 de mayo). *Así se alista el municipio de Salgar para no repetir su tragedia*. El Tiempo. <https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-16596203>
- Peñafiel-León, J.E., Ramírez-Coronel, A.A., Mesa-Cano, I.C. & Martínez-Suárez, P.C. (2021). El impacto psicológico, la resiliencia y el afrontamiento del personal de salud durante la pandemia de covid-19. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(3), 202-211. <https://doi.org/10.5281/zenodo.5035609>
- Rodríguez, M., Pereyra, M.G., Gil, E., Jofré, M., De Bortoli, M. & Labiano, L.M. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de resiliencia versión argentina. *Evaluar*, 9, 72-82. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/465/434>
- Rodríguez, M. de L., Ocampo, I.Y., & Nava, C. (2009). Relación entre valoración de una situación y capacidad para enfrentarla. *SUMMA Psicológica UST*, 6(1), 25-41. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3020310>
- Schneider, S., Rasul, R., Liu, B., Corry, D., Lieberman-Cribbin, W., Watson, A., Kerath, S. M., Taioli, E., & Schwartz, R. M. (2019). Examining posttraumatic growth and mental health difficulties in the aftermath of Hurricane Sandy. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(2), 127-136. <https://doi.org/10.1037/tra0000400>
- Shigemoto, Y. (2021). Influence of community-level factors on relation between community resilience and posttraumatic growth. *Traumatology*, 27(3), 326-332. <https://doi.org/10.1037/trm0000285>
- Ventura-León, J.L. (2016). Tamaño del efecto para la U de Mann-Whitney: aportes al artículo de Valdivia-Peralta et al. Carta al Editor. *Revista Chilena de Neuro Psiquiatría*, 54(4), 353-354. <https://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v54n4/art10.pdf>
- Weber, M.C., Pavlacic, J.M., Gawlik, E.A., & Buchanan, E.M. (2020). Modeling resilience, meaning in life, posttraumatic growth, and disaster preparedness with two samples of tornado survivors. *Traumatology*, 26(3), 266-277. <http://dx.doi.org/10.1037/trm0000210>