



INTERVENCIONES DIGITALES DE SALUD MENTAL EN CONTEXTOS DE EMERGENCIA

DIGITAL MENTAL HEALTH INTERVENTIONS IN EMERGENCY CONTEXTS

CLAUDIA CARINA OVIEDO¹

 <https://orcid.org/0000-0003-0978-7869>

 licccarinaoviedo@gmail.com

¹Salud Mental Digital-Red de Asistencia, Formación, Investigación y Consultorías en Salud Mental en Línea.

RESUMEN

Introducción: Las crisis humanitarias han aumentado a nivel mundial los trastornos psicológicos, saturando los sistemas de atención y resaltando brechas existentes en el acceso a cuidados. **Objetivo:** Recopilar la evidencia disponible entre 2018 y 2025 en relación al diseño, eficacia, adaptabilidad y gobernanza aplicadas a intervenciones clínicas de salud mental en contextos de crisis. **Métodos:** Se realizó una revisión narrativa estructurada de búsquedas en PubMed, SciELO, PsycINFO, Web of Science y Google Scholar. Se analizaron estudios revisados por pares, informes técnicos de organismos internacionales, guías de uso y estudios de impacto, destacando intervenciones con validación clínica, orientación de equidad y participación comunitaria. **Resultados:** La efectividad de las intervenciones mediadas por herramientas digitales depende de la alfabetización digital comunitaria, unificación con redes de atención primaria y la supervisión profesional. Las barreras de inclusión exceden la conectividad e incorporan determinantes culturales, lingüísticos, socioeconómicos y de competencia digital. Intervenciones con arquitectura offline-first, co-diseño participativo, modelos de atención paulatina y gobernanza ética de datos presentan mayor adherencia y reducción continua de sintomatología. **Conclusiones:** La tecnología potencia la intervención humana cuando se basa en equidad digital, gobernanza ética y organización del ecosistema sanitario. Se requieren políticas públicas que prioricen la infraestructura de conectividad, la formación en competen-

Cómo citar:

Fecha Recibido: 04/03/2026 **Fecha Aceptado:** 26/04/2026 **Fecha Publicado:** 29/05/2026

Oviedo, C. C.(2026). *Intervenciones digitales de salud mental en contextos de emergencia. Salud & Bien-Estar de la Amazonia*.Vol. 2(1). ppt. 20-38



Este artículo puede compartirse bajo la Licencia Creative Commons (CC BY NC ND 4.0).



cias digitales, la protección de datos sensibles y la evaluación continua del impacto.

PALABRAS CLAVE: Salud Mental Digital; Emergencias Humanitarias; Equidad En Salud; Tecnología Inclusiva.

ABSTRACT

Introduction: Humanitarian crises have increased the global prevalence of psychological disorders, overwhelming care systems and highlighting existing gaps in access to care. **Objective:** To compile evidence from 2018 to 2025 regarding the design, efficacy, adaptability, and governance of clinical mental health interventions in crisis contexts. **Methods:** A structured narrative review was conducted using searches in PubMed, SciELO, PsycINFO, Web of Science, and Google Scholar. Peer-reviewed studies, technical reports from international bodies, implementation guidelines, and impact studies were analyzed, highlighting interventions characterized by clinical validation, an equity-oriented approach, and community participation. **Results:** The effectiveness of interventions mediated by digital tools depends on community digital literacy, integration with primary care networks, and professional supervision. Barriers to inclusion extend beyond connectivity to encompass cultural, linguistic, socioeconomic, and digital competence factors. Interventions featuring “offline-first” architecture, participatory co-design, stepped-care models, and ethical data governance demonstrate higher adherence and sustained symptom reduction. **Conclusions:** Technology enhances human intervention when grounded in digital equity, ethical governance, and a well-organized healthcare ecosystem. Public policies are required to prioritize connectivity infrastructure, digital skills training, sensitive data protection, and continuous impact assessment.

KEYWORDS: Digital Mental Health; Humanitarian Emergencies; Health Equity; Inclusive Technology.



INTRODUCCIÓN

Los desastres climáticos, los desplazamientos sociales masivos, las pandemias recurrentes, los conflictos armados prolongados y las crisis institucionales han transformado significativamente el panorama de la salud mental global. Los informes de la Organización Mundial de la Salud (2022, 2023) indican que más del 20 % de las personas expuestas a situaciones de emergencia desarrollan trastornos psicológicos moderados a graves, con cifras que superan el 35 % en poblaciones desplazadas, sobrevivientes de violencia extrema o comunidades en aislamiento geográfico (Charlson et al., 2019). Este impacto no se distribuye de manera homogénea: se concentra en regiones con menor protección institucional, en grupos históricamente excluidos y en poblaciones donde el estigma asociado al padecimiento psíquico se articula con la precariedad material y la fragmentación social (Patel et al., 2018; Wainberg et al., 2021)..

En este escenario, los sistemas sanitarios tradicionales enfrentan un alto grado de saturación, obstáculos logísticos, escasez de profesionales especializados y una atención fragmentada que condiciona la continuidad de los cuidados aun después de superada la fase aguda (Betancourt et al., 2020; Kohrt et al., 2018). La salud mental digital ha sido promovida en los últimos años por organismos internacionales, gobiernos y sectores de innovación tecnológica como una estrategia de respuesta escalable y de menor costo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2021). Plataformas de telepsicología, aplicaciones de autoayuda guiada, sistemas de triaje emocional automatizado, intervenciones basadas en mensajería (SMS/WhatsApp) y sistemas de monitoreo remoto han multiplicado su presencia en entornos humanitarios (Torous et al., 2021; Bucci et al., 2019). No obstante, la evidencia acumulada muestra una paradoja central: la expansión de herramientas tecnológicas coincide con el ensanchamiento de las brechas de acceso, la fragmentación de los cuidados y la reproducción de inequidades preexistentes (Mann et al., 2022).

La noción de tecnología inclusiva en salud mental comprende la disponibilidad de dispositivos y conectividad, la alfabetización digital, la pertinencia cultural y lingüística, la accesibilidad para personas con discapacidad, la protección de datos sensibles y, de manera primordial, la participación de la comunidad en el diseño, implementación y evaluación de las intervenciones a implementar. Investigaciones recientes demuestran que las soluciones efectuadas fuera de contexto o centradas exclusivamente en la automatización presentan elevadas tasas de abandono, reproducen sesgos algorítmicos y, en algunos casos, exponen a las poblaciones afectadas a riesgos añadidos en el manejo de información clínica (Fiske et al., 2019; Torous & Roberts, 2020). Por el contrario, las intervenciones que cuentan con diseño adaptable, supervisión profesional, marcos de equidad y co-creación comunitaria



arrojan resultados clínicos sostenibles y mayor legitimidad social (Harper Shehadeh et al., 2021; Carswell et al., 2018).

El presente artículo tiene como objetivo analizar el estado actual de las intervenciones digitales en salud mental aplicadas en contextos de emergencia, identificar los condicionantes organizacionales y comunitarios que favorecen o limitan su inclusión, y proponer un marco operativo para su implementación ética y sostenidas en el tiempo. Se parte de la premisa de que la eficacia de estas herramientas está condicionada por variables sociotecnológicas, y que su incorporación implica superar la lógica de la urgencia para construir modelos focalizados en la dignidad, la equidad digital y la resiliencia comunitaria (Greenhalgh & Papoutsis, 2019; World Health Organization [WHO], 2022).

MARCO CONCEPTUAL Y TEÓRICO

La evaluación de tecnologías en salud mental durante emergencias requiere un marco teórico que trascienda el reduccionismo tecnocéntrico. Tres líneas conceptuales sustentan este análisis y permiten interpretar los hallazgos de manera oportuna.

Determinantes sociales digitales de la salud

A partir del modelo clásico de determinantes sociales de la salud, el Digital Health Equity Framework incorpora variables tales como el acceso a infraestructura de conectividad, la alfabetización digital, la disponibilidad de contenidos en lenguas regionales y la protección frente a la vigilancia digital (Mann et al., 2022). En contextos de emergencia, estos factores se intersectan con vulnerabilidades preexistentes (pobreza, género, edad, discapacidad, estatus migratorio), generando brechas que no se resuelven con la mera distribución de tecnología (Aguilera, 2019). La equidad digital constituye un atributo técnico y un derecho que debe ser garantizado mediante políticas públicas que reconozcan la conectividad y las competencias digitales como condiciones básicas para el ejercicio de otros derechos humanos (WHO, 2022). Cuando se ignora esta multidimensionalidad, las intervenciones digitales operan como mecanismos de exclusión que benefician a quienes ya disponen de capital cultural y técnico, mientras desatienden a quienes más las necesitan (Lattie et al., 2019a).

Enfoque sociotécnico y co-diseño participativo

La teoría de sistemas sociotécnicos refiere que la efectividad de una intervención digital depende de la complementación de componentes técnicos, prácticas sociales, estructuras institucionales y significados culturales (Greenhalgh & Papoutsis, 2019).



En salud mental en contextos de crisis, esto se traduce en metodologías de Community-Based Participatory Research (CBPR) y diseño centrado en el usuario, donde las comunidades afectadas co-crean interfaces, validan contenidos terapéuticos y definen protocolos de derivación (Kohrt et al., 2018). La evidencia muestra que las intervenciones sin participación comunitaria presentan tasas de abandono superiores al 60 %, frente a un 25–30 % en propuestas co-diseñadas (Schueller et al., 2020). De esto se infiere que la apropiación tecnológica ocurre sino por negociación horizontal de significados antes que por una imposición de tipo verticalista.

Modelos de atención escalonada y presencia humana

El modelo de atención escalonada (stepped-care), ya validado en psicología, regula el rigor de la intervención de acuerdo con la gravedad clínica y la disponibilidad de recursos (Andersson et al., 2019). En emergencias, la automatización en sí misma resulta escasa y potencialmente riesgosa, fundamentalmente en la detección de ideación suicida, trauma o psicosis reactiva (Fiske et al., 2019). La literatura existente confluye en que la supervisión clínica remota, la facilitación comunitaria y las propuestas de apoyo entre pares accionan como reguladores de la adherencia y la confianza clínica (Torous et al., 2021; Harper Shehadeh et al., 2021). Así, la tecnología opera en este escenario como medio de amplificación de las capacidades humanas y no como reemplazo de ellas, por lo que el componente humano conforma el sustrato que sustenta la confianza, valida el sufrimiento y avala la derivación oportuna cuando la complejidad clínica supera la eficacia de las herramientas digitales.

METODOLOGÍA

Diseño y protocolo de estudio

Se trazó una revisión narrativa estructurada de alcance (scoping review), orientada por los parámetros de la extensión PRISMA-ScR (Tricco et al., 2018). Este enfoque se escogió por su competencia epistemológica para mapear concepciones emergentes, heterogéneas y transversales en salud digital humanitaria, un área donde los estudios clínicos aleatorizados son pocos y la evidencia procede de la confluencia entre la clínica, la ingeniería de software y la sociología de los desastres (Murray et al., 2020).

Estrategia de búsqueda y fuentes

El rastreo bibliográfico se llevó a cabo en el período comprendido entre enero de 2018 y diciembre de 2025 en cinco repositorios: PubMed, SciELO, PsycINFO, Web of Science y Google Scholar (para literatura gris). El criterio de búsqueda contemplo



descriptores controlados (MeSH/DeCS) y lenguaje natural, estructurado en cuatro unidades conceptuales: (1) Fenómeno (digital mental health, telepsychology, mHealth); (2) Contexto (emergency settings, humanitarian crises, disasters); (3) Enfoque (inclusive technology, health equity, co-design); y (4) Gobernanza (data governance, ethics).

Criterios de elegibilidad

Se aplicó el marco PICOC (Población, Intervención, Contexto, Resultados, Contexto) adaptado a entornos de riesgo. Se incluyeron: (a) investigaciones empíricas, informes técnicos de organismos multilaterales (OMS, OPS, ACNUR, Cruz Roja) y guías de implementación; (b) intervenciones desarrolladas en fases agudas o de crisis (climáticas, epidemiológicas); (c) estudios que arrojaron métricas de impacto negativo (abandono, brecha digital) o efectividad clínica (Jordans et al., 2020). Se excluyeron: (a) desarrollos tecnológicos sin evaluación de campo; (b) aplicaciones comerciales de bienestar sin validación clínica ni enfoque que contemplen condicionantes sociales; (c) literatura centrada en telepsiquiatría rutinaria en contextos de elevada estabilidad.

Flujo de selección

La búsqueda inicial incorporó 1450 investigaciones. Tras la depuración de duplicados, se seleccionaron 820 referencias por título y resumen, excluyéndose 650 por no referirse a contextos de crisis o no aludir al componente tecnológico. En la fase de elegibilidad se valoraron a texto completo 170 artículos, descartándose 125 por aludir a diseños exclusivamente comerciales sin validación científica (n=58), carencia de caracterización sociodemográfica (n=39) y contextos clínicos no oportunos (n=28). La muestra analítica final quedó definida por 45 registros que se definen dentro de lo descrito por Baumel et al. (2019).

RESULTADOS

El análisis deja ver cinco dimensiones fundamentales que determinan el impacto, la sostenibilidad y la equidad de las intervenciones digitales en salud mental en el transcurso de emergencias.

Efectividad clínica y modelos de atención escalonada

Las herramientas digitales generan disminuciones significativas en síntomas de ansiedad, depresión y estrés postraumático cuando se articulan con redes de atención primaria y conservan protocolos de derivación claros (Karyotaki et al., 2021;



Ebert et al., 2021). Los modelos stepped-care que adoptan autoayuda digital de baja intensidad con seguimiento clínico remoto muestran la mejor relación costo-efectividad y la menor tasa de interrupción prematura (Andersson et al., 2019; Lattie et al., 2019a). En oposición, la automatización en fases agudas de crisis tiende a no valorar la complejidad clínica, creando falsos negativos en la detección de riesgo suicida o descompensación psiquiátrica (Fiske et al., 2019). Estudios en campos de refugiados y zonas post-terremoto alcanzan disminuciones del 30–45 % en niveles de sintomatología cuando se integra supervisión humana asidua, frente a un 10–15 % en intervenciones completamente automatizadas (Harper Shehadeh et al., 2021; Carswell et al., 2018). La evidencia revela que la tecnología funciona más efectivamente como soporte clínico que como sustituto del juicio profesional. La graduación de las características terapéuticas según la dificultad del cuadro, la disponibilidad de vías de derivación oportuna y la formación de facilitadores locales en primeros auxilios psicológicos digitales constituyen componentes fundamentales para evitar la medicalización del sufrimiento (Tol et al., 2018; Ben-Zeev et al., 2018).

Determinantes de la inclusión digital

La brecha de acceso se manifiesta por la falta de infraestructura técnica, factores socioculturales, lingüísticos y de alfabetización digital puesto que determinan su adopción y su continuidad. Las intervenciones que contienen interfaces monolingües, supuestos de alta competencia tecnológica o diseños que desconocen la crisis cultural registran tasas de abandono superiores al 60 %. Por el contrario, los procedimientos que reúnen arquitectura offline-first, sincronización diferida, modos de accesibilidad universal (navegación por voz, pictogramas, consumo optimizado de datos) y contenido co-creado con las comunidades damnificadas evidencian adherencia sostenida y mayor percepción de utilidad (Schueller et al., 2020). La pertinencia cultural actúa entonces, como un condicionante operativo de la eficacia de las implementaciones mencionadas. Por otro lado, en contextos indígenas y rurales, la inclusión de metáforas terapéuticas locales, la validación comunitaria de contenidos y el uso de canales de comunicación sencillos (radio comunitaria, mensajería por WhatsApp con facilitadores capacitados) han demostrado disminuir la estigmatización y promover la búsqueda temprana y oportuna de apoyo (Naslund et al., 2020; Jordans et al., 2020).

Gobernanza ética, privacidad y protección de datos

La recolección de información sensible durante situaciones de emergencias plantea disyuntivas significativas con relación al consentimiento informado, la privacidad y el uso de datos (Sandvik, 2019; UNHCR, 2020). Marcos como el Digital Health Equity Framework requieren valoraciones de impacto diferencial previas al uso masivo, ci-



frado de extremo a extremo, consentimiento dinámico y protocolos de eliminación segura de datos una vez sorteada la fase crítica (Mann et al., 2022). La ausencia de estos mecanismos no solo vulnera derechos primordiales, sino que impacta directamente en la confianza de la comunidad y compromete la continuidad de los cuidados. La evidencia muestra que, en casos dados en contextos de conflicto armado, la filtración de datos de salud mental puede ser utilizada para estigmatizar, discriminar o perseguir a grupos vulnerables, destacando la necesidad imperante de soberanía de datos y auditorías independientes (Red Cross & Red Crescent Societies, 2021). Así, la gobernanza de datos se presenta como un factor clínico tan crítico como la intervención misma, y la transparencia sobre qué se recoge, cómo se almacena, quién accede y con qué fines debe ser necesariamente explícita, comprensible y reversible (Jobin et al., 2019).

Co-diseño comunitario y apropiación tecnológica

La participación comunitaria desde las fases iniciales de diseño es el predictor más consistente de aceptación sostenida. Metodologías como talleres de prototipado participativo, validación intercultural de contenidos terapéuticos y capacitación de facilitadores locales crean herramientas que representan narrativas, metáforas y prácticas de abordaje culturalmente adecuadas (Greenhalgh & Papoutsis, 2019). En América Latina y el Caribe, intervenciones co-diseñadas con comunidades indígenas y afrodescendientes han integrado saberes ancestrales de regulación emocional, obteniendo mayor legitimidad y descenso del estigma (OPS, 2021). La apropiación tecnológica se da por la vía de una negociación horizontal de significados ya que cuando las comunidades guían la identificación de necesidades, la selección de canales de comunicación y la validación de contenidos, la tecnología deja de ser un objeto externo para convertirse en un recurso interno que promueve el cuidado colectivo.

Integración con redes de salud primaria y sostenibilidad operativa

La división entre plataformas digitales y sistemas de salud tradicionales constituye uno de los principales condicionantes para el logro de una escalabilidad equitativa (WHO, 2021). De este modo, las intervenciones eficaces operan como estratos complementarios dentro de ecosistemas de atención primaria, con interoperabilidad técnica, historias clínicas compartidas (con consentimiento) y vías de derivación validadas (WHO, 2018). La sostenibilidad financiera y operativa depende de la incorporación de estas herramientas en presupuestos públicos de salud, la formación continua de profesionales en competencias digitales indispensables y la instauración de alianzas intersectoriales que sorteen la dependencia de fondos económicos de corta duración. Las experiencias piloto que no se articulan con los sistemas de



salud locales muestran tendencia a colapsar una vez concluido el financiamiento externo, provocando vacíos de atención y susceptibilidad en la población (Murray et al., 2020).

DISCUSIÓN

Tensión entre escalabilidad algorítmica y equidad estructural

El dato más recurrente de esta revisión exhibe una tensión no resuelta en el campo de la salud mental digital: el choque entre el dominante tecnocéntrico de la escalabilidad masiva y los requerimientos contextuales de la equidad. Mientras parte de la literatura existente y algunos actores de la industria tecnológica promueven la automatización como solución a la falta de recursos en crisis, la evidencia significativa más reciente contradice esta premisa. Autores como Fiske et al. (2019) advierten que delegar el juicio clínico a algoritmos en poblaciones afectadas genera falsos negativos en la detección de riesgo suicida, y reproduce sesgos históricos. Los hallazgos de esta revisión confirman esta discrepancia: las intervenciones que dan prioridad a la eficiencia técnica sobre la pertinencia cultural muestran tasas de abandono superiores al 60 % (Schueller et al., 2020). De acuerdo a esto, resulta pertinente que el debate académico abandone el interrogante sobre cómo escalar las herramientas para centrarse, en cambio, en quiénes se excluye al escalarlas.

El factor humano: del reemplazo tecnológico a la modulación clínica

También se observa una discusión respecto del posicionamiento profesional y la comunidad en los ecosistemas de intervención digitales. Frente a la postura que sugiere que la tecnología puede actuar de modo autónomo en la contención emocional, los estudios analizados confluyen en un modelo de atención escalonada donde lo digital actúa como un medio que complementa y no como reemplazo de la intervención presencial (Andersson et al., 2019; Torous et al., 2021). La evidencia en entornos de gran vulnerabilidad muestra que el rol del facilitador local o el apoyo de pares constituye un factor predictor de adherencia, esto sugiere una conclusión fundamental: el uso de tecnología en contextos de crisis no resuelve la falta de entramado social, por el contrario, éste necesita una red humana que lo preexista y valide la herramienta, además de visibilizar su utilidad clínica en el ámbito emocional de la comunidad (Tol et al., 2018).

Gobernanza de datos y ética humanitaria

La divergencia más profunda en la literatura examinada se ubica en la ética de la recolección de datos. Los marcos institucionales tradicionales suelen abordar la



privacidad de los datos desde un método de observancia normativo occidental, cimentado en un consentimiento informado estático. No obstante, al contrastar estas pautas con los reportes de campo de la Cruz Roja (2021) y estudios en zonas de conflicto armado, emerge una crítica al materialismo humanitario. La extracción de metadatos, geolocalización y perfiles psicológicos en poblaciones afectadas expone a los usuarios a riesgos de control gubernamental o estigmatización que los comités de ética tradicionales no llegan a anticipar (UNHCR, 2020). La discusión demanda trasladarse de la sola protección de datos hacia la soberanía de datos, donde estas comunidades cuenten con el poder de decisión sobre la arquitectura de las bases de datos que almacenan su información clínica (Floridi, 2019).

Hacia una ecología sociotécnica de la resiliencia

La combinación de estos resultados sugiere que el fracaso de los proyectos piloto no responde a carencias en el desarrollo técnico, sino a una falta de comprensión de la conexión sociotécnica (Greenhalgh et al., 2017). La sostenibilidad no es una configuración o función aislada; es un ecosistema de prácticas que exige madurez sistémica. La literatura coincide en que las herramientas que no se relacionan con los presupuestos en las políticas públicas de salud primaria ni a las redes comunitarias de cuidado, se obstruyen en cuanto cesa el financiamiento externo de las organizaciones humanitarias (Murray et al., 2020; WHO, 2022).

IMPLICACIONES PARA POLÍTICAS PÚBLICAS Y GOBERNANZA

Transformar el abordaje en situaciones de crisis demanda un cambio de paradigma que vaya más allá de las características del proyecto piloto y evoluciones hacia la institucionalización de la salud mental digital inclusiva (WHO, 2022). Se proponen cinco ejes de acción:

Conectividad como bien público: garantizar el acceso a internet en zonas de emergencia a través de la ejecución de alianzas con operadores y regulación que contemple el componente humanitario. La conectividad compone un condicionante sanitario que habilita el acceso a servicios, información y redes de apoyo (OPS, 2021). Marcos regulatorios ágiles y protectores: elaborar normativas específicas para salud mental digital que demanden evaluación de impacto diferencial, consentimiento informado dinámico, cifrado de extremo a extremo y protocolos de eliminación de datos post-crisis (Red Cross & Red Crescent Societies, 2021; UNHCR, 2020).

Financiamiento sostenible: incorporar intervenciones digitales en presupuestos de políticas públicas de salud, con fondos de contingencia pre-asignados destinados para ofrecer respuesta rápida y evaluación continua (WHO, 2018; Sphere Associa-



tion, 2018).

Formación de recursos locales: implementar programas de alfabetización digital para comunidades y formación en competencias sociotécnicas para profesionales de salud mental, con enfoque intercultural y de género (Aguilera, 2019; IASC, 2019). Gobernanza comunitaria de datos: establecer comités de ética que participen en la supervisión de recolección, uso y almacenamiento de datos clínicos, garantizando soberanía y transparencia (Sandvik, 2019; Floridi et al., 2018).

Estos ejes deben retroalimentarse para que una política de conectividad sin gobernanza de datos no replique control y un marco regulatorio sin financiamiento sostenible carezca de efectividad. Una gobernanza práctica demanda articulación intersectorial, coordinación institucional y reconocimiento de que la tecnología en salud mental es un medio, no un fin.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

La ética en salud mental digital de emergencia debe posicionarse en un enfoque de equidad y prevención de riesgos. El consentimiento informado en contextos de crisis requiere adaptación, debe ser dinámico, reversible, comprensible en lenguas y formatos accesibles, y acompañado de información clara sobre los límites de confidencialidad (Fiske et al., 2019; Red Cross & Red Crescent Societies, 2021). La recolección de datos biométricos o de ubicación sin consentimiento manifiesto implica transgredir derechos humanos fundamentales, particularmente cuando los datos pueden ser utilizados como medio de control del estado (UNHCR, 2020; Sandvik, 2019). La vulnerabilidad no explica la extracción de información; por el contrario, exige mayor rigor ético.

Además, la propiedad intelectual de herramientas co-creadas con comunidades debe resguardarse a través de licencias abiertas o convenios de beneficio compartido, evitando la retención corporativa de saberes locales. Los marcos legales deben incluir la salud mental digital como un derecho autorizado por políticas de equidad y no como un mero producto de mercado sujeto a mecanismos de rentabilidad (WHO, 2022). La legislación nacional debe alinearse con estándares internacionales de protección de datos, teniendo en cuenta las particularidades de los entornos en contextos de emergencia, ya que las leyes genéricas de privacidad suelen no ser pertinentes para el abordaje de los riesgos específicos de la salud mental en crisis en lo que respecta a estigmatización, discriminación laboral, o exclusión de programas sociales; en tales casos se necesitan marcos normativos específicos que reconozcan la sensibilidad de los datos psicológicos e instauren sanciones ajustadas a los daños potenciales.



LIMITACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Las limitaciones de este trabajo provienen de la naturaleza narrativa de la revisión y de la heterogeneidad metodológica de los estudios comprendidos. El acelerado crecimiento de las herramientas digitales, sumado a la insuficiente publicación de evaluaciones de impacto diferencial en contextos de bajos recursos, restringe la comparabilidad directa de los hallazgos. Muchos estudios priorizan métricas de adherencia o satisfacción, pero no incluyen análisis de equidad, impacto en poblaciones marginalizadas o evaluación de factores externos negativos tales como la fatiga digital o la medicalización del sufrimiento formal (Baumel et al., 2019; Lattie et al., 2019a). La falta de sistematización en los indicadores de efectividad clínica obstaculiza la incorporación de resultados y la formulación de recomendaciones pertinentes basadas en evidencia afianzada.

Futuras investigaciones deberían dar prioridad a: a) ensayos híbridos que adopten validación clínica con análisis de equidad y aprobación comunitaria; b) estudios longitudinales que exploren el impacto de las intervenciones digitales en la resiliencia comunitaria a mediano y largo plazo; c) investigación sobre validación intercultural de algoritmos de IA en triaje emocional, con métricas que hagan referencia a sesgos y transparencia; d) evaluaciones de costo-efectividad comparativas entre modelos puramente digitales, híbridos y tradicionales en contextos de emergencia; e) investigación participativa que evidencie saberes locales de regulación emocional y su incorporación de manera ética en plataformas digitales (Jordans et al., 2020; Tol et al., 2018).

De acuerdo con Patel et al. (2018), la brecha entre innovación y evidencia en salud mental de en situaciones de crisis no se salva con más tecnología, sino con mayor rigor metodológico, mayor participación comunitaria y mayor compromiso con propuestas que promuevan equidad.

CONCLUSIONES

La salud mental digital en contextos de emergencia incorpora una oportunidad estratégica para promover el acceso a intervenciones dentro de abordajes psicológicos oportunos, siempre que se renuncie a la demanda de reemplazo y se reconozca su característica complementaria y condicionada al contexto. La evidencia revisada sustenta que la efectividad clínica, la inclusión y la gobernanza ética son elementos indisolubles de una intervención sostenible en el tiempo. La ejecución de estas condiciones demanda co-diseño participativo desde las primeras fases, arquitectura técnica resiliente, evaluación continua de impacto diferencial y marcos normativos que den prioridad a la protección de datos y la equidad digital (Greenhalgh &



Papoutsis, 2019; Mann et al., 2022).

Transformar la atención en crisis no está en manos de la capacidad de sumar la tecnología a redes humanas de cuidado, saberes locales y políticas públicas que reconozcan la equidad como una necesidad operante (WHO, 2022). Las respuestas deben trascender la urgencia para fundar sistemas de salud mental más resilientes, accesibles y centrados en la dignidad de los usuarios. La equidad digital no constituye una sumatoria meramente técnica, sino el cimiento de una salud mental universal (WHO, 2022; Patel et al., 2018).

REFERENCIAS

- Aguilera, A. (2019). Uso de la salud mental digital para poblaciones marginadas y desatendidas [Use of digital mental health for marginalized and underserved populations]. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6(3), 240–250. <https://doi.org/10.1007/s40501-019-00178-0>
- Andersson, G., Titov, N., Dear, B. F., Rozental, A., & Carlbring, P. (2019). Tratamientos psicológicos por internet: Un comentario sobre su historia, estado actual y futuro [Internet-delivered psychological treatments: A commentary on their history, current state, and future]. *World Psychiatry*, 18(1), 20–21. <https://doi.org/10.1002/wps.20606>
- Bauer, M., Glenn, T., Monteith, S., & Whybrow, P. C. (2021). Tecnologías digitales e inteligencia artificial en psiquiatría: Consideraciones éticas [Digital technologies and artificial intelligence in psychiatry: Ethical considerations]. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 23(2), 115–123. <https://doi.org/10.1080/19585969.2021.1956467>
- Baumel, A., Muench, F., Edan, S., & Kane, J. M. (2019). Compromiso objetivo de los usuarios con aplicaciones de salud mental: Búsqueda sistemática y análisis de uso basado en paneles [Objective user engagement with mental health apps: Systematic search and panel-based usage analysis]. *Journal of Medical Internet Research*, 21(9), e14567. <https://doi.org/10.2196/14567>
- Ben-Zeev, D., Brian, R. M., Jonathan, G., Razzano, L., Pong, E., Swartz, K., ... & Campbell, A. T. (2018). Evaluación e intervención móvil para la esquizofrenia (MAIS): Un estudio de factibilidad [Mobile assessment and intervention for schizophrenia (MAIS): A feasibility study]. *JMIR Mental Health*, 5(1), e12. <https://doi.org/10.2196/mental.8688>



- Betancourt, T. S., Brennan, R. T., Rubin-Smith, J., Fitzmaurice, G. M., & Gilman, S. E. (2020). Antiguos niños soldados de Sierra Leona: Un estudio longitudinal sobre factores de riesgo, protectores y salud mental [Sierra Leone's former child soldiers: A longitudinal study of risk, protective factors, and mental health]. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(6), 720–731. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.05.023>
- Bucci, S., Schwannauer, M., & Berry, N. (2019). La revolución digital y su impacto en la atención de salud mental [The digital revolution and its impact on mental health care]. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(1), 27–37. <https://doi.org/10.1111/papt.12198>
- Carswell, K., Harper-Shehadeh, M., Watts, S., van 't Hof, E., Heim, E., Sheik, R., ... & Tol, W. A. (2018). Paso a Paso: Una nueva intervención digital de la OMS para la depresión [Step-by-Step: A new WHO digital mental health intervention for depression]. *mHealth*, 6, 34. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2018.09.05>
- Charlson, F., van Ommeren, M., Flaxman, A., Cornett, J., Whiteford, H., & Saxena, S. (2019). Nuevas estimaciones de prevalencia de la OMS sobre trastornos mentales en contextos de conflicto: Una revisión sistemática y metaanálisis [New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: A systematic review and meta-analysis]. *The Lancet*, 394(10194), 240–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1)
- Comité Permanente entre Organismos. (2019). Directrices para la integración del apoyo de salud mental y psicosocial en la preparación, respuesta y recuperación ante emergencias [Guidelines for integrating mental health and psychosocial support into emergency preparedness, response and recovery]. Grupo de Referencia del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia.
- Ebert, D. D., Titzler, I., & Cuijpers, P. (2021). Intervenciones digitales de salud mental para la depresión y la ansiedad [Digital mental health interventions for depression and anxiety]. *Current Psychiatry Reports*, 23(11), 75. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01287-z>
- Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2020). Inteligencia artificial en salud mental [Artificial intelligence in mental health]. *The Lancet Psychiatry*, 7(12), 1007–1009. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30406-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30406-7)
- Fiske, A., Henningsen, P., & Buyx, A. (2019). Tu robot terapeuta te atenderá ahora: Im-



- plicaciones éticas de la inteligencia artificial encarnada en psiquiatría, psicología y psicoterapia [Your robot therapist will see you now: Ethical implications of embodied artificial intelligence in psychiatry, psychology, and psychotherapy]. *Journal of Medical Internet Research*, 21(5), e13216. <https://doi.org/10.2196/13216>
- Floridi, L. (2019). *La cuarta revolución: Cómo la infosfera está remodelando la realidad humana* [The 4th revolution: How the infosphere is reshaping human reality] (2.ª ed.). Oxford University Press.
- Floridi, L., Cowls, J., Beltrametti, M., Chatila, R., Chazerand, P., Dignum, V., ... & Vayena, E. (2018). AI4People – Un marco ético para una buena sociedad de IA: Oportunidades, riesgos, principios y recomendaciones [AI4People—An ethical framework for a good AI society: Opportunities, risks, principles, and recommendations]. *Minds and Machines*, 28(4), 689–707. <https://doi.org/10.1007/s11023-018-9482-5>
- Greenhalgh, T., & Papoutsis, C. (2019). Innovación en salud digital: Una visión desde la primera línea [Digital health innovation: A view from the front line]. *Journal of Health Services Research & Policy*, 24(1), 1–3. <https://doi.org/10.1177/1355819618806539>
- Harper Shehadeh, M. J., Heim, E., Chowdhary, N., Maercker, A., & Albanese, E. (2021). Eficacia de una intervención digital de salud mental desarrollada por la OMS (Paso a Paso) para la depresión en refugiados sirios: Un ensayo controlado aleatorizado [Efficacy of a WHO-developed digital mental health intervention (Step-by-Step) for depression in Syrian refugees: A randomized controlled trial]. *Behaviour Research and Therapy*, 142, 103879. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2021.103879>
- Jobin, A., Ienca, M., & Vayena, E. (2019). El panorama global de las directrices éticas de la IA [The global landscape of AI ethics guidelines]. *Nature Machine Intelligence*, 1(9), 389–399. <https://doi.org/10.1038/s42256-019-0088-2>
- Jordans, M. J. D., Kohrt, B. A., Hanlon, C., Petersen, I., Komproe, I. H., Tol, W. A., ... & Lund, C. (2020). Evaluación de la Zona de Seguridad: Una intervención comunitaria para la salud mental y el apoyo psicosocial [Evaluation of the Zone of Safety: A community-based intervention for mental health and psychosocial support]. *Intervention*, 18(1), 1–10. https://doi.org/10.4103/INTV.INTV_40_19
- Karyotaki, E., Ebert, D. D., Donkin, L., Riper, H., Twisk, J., Burger, S., ... & Cuijpers, P. (2021). Terapia cognitivo-conductual basada en internet para la depresión: Una revisión sistemática y metaanálisis de datos individuales de pacientes [Inter-



net-based cognitive behavioral therapy for depression: A systematic review and individual patient data meta-analysis]. *JAMA Psychiatry*, 78(4), 361–371. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4364>

Kohrt, B. A., Asher, L., Bhardwaj, A., Fazel, M., Jordans, M. J. D., Mutamba, J., ... & Patel, V. (2018). El papel de las comunidades en el avance de los objetivos del Movimiento para la Salud Mental Global [The role of communities in advancing the goals of the Movement for Global Mental Health]. *Transcultural Psychiatry*, 55(5), 632–653. <https://doi.org/10.1177/1363461518793296>

Lattie, E. G., Adkins, E. C., Winquist, N., Stiles-Shields, C., Wafford, Q. E., & Graham, A. K. (2019a). Intervenciones digitales de salud mental para la depresión, la ansiedad y la mejora del bienestar psicológico entre estudiantes universitarios: Revisión sistemática [Digital mental health interventions for depression, anxiety, and enhancement of psychological well-being among college students: Systematic review]. *Journal of Medical Internet Research*, 21(7), e12869. <https://doi.org/10.2196/12869>

Lattie, E. G., Lipson, S. K., & Eisenberg, D. (2019b). Tecnología y salud mental de los estudiantes universitarios: Desafíos y oportunidades [Technology and college student mental health: Challenges and opportunities]. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 246. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00246>

Mann, D. M., Chen, J., Chunara, R., Testa, P. A., & Nov, O. (2022). Un marco para la equidad en salud digital [A framework for digital health equity]. *npj Digital Medicine*, 5(1), 119. <https://doi.org/10.1038/s41746-022-00663-0>

Mittelstadt, B. (2019). Los principios por sí solos no pueden garantizar una IA ética [Principles alone cannot guarantee ethical AI]. *Nature Machine Intelligence*, 1(11), 501–507. <https://doi.org/10.1038/s42256-019-0114-4>

Mohr, D. C., Schueller, S. M., Araya, R., Bunge, E., & Naslund, J. A. (2020). Intervenciones digitales de salud mental: Oportunidades y desafíos [Digital mental health interventions: Opportunities and challenges]. *American Psychologist*, 75(9), 1161–1173. <https://doi.org/10.1037/amp0000731>

Murray, L. K., Tol, W. A., Jordans, M., Zangana, G. S. A., Amin, A. M., Bolton, P., ... & Bass, J. (2020). Difusión e implementación de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para la salud mental en países de ingresos bajos y medios [Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions for mental health in low and middle income countries]. *Frontiers in Psychia-*



try, 11, 82. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00082>

Naslund, J. A., Zhang, M., Grande, S. W., Aschbrenner, K. A., McHugo, G. J., Elwyn, G., ... & Bartels, S. J. (2020). Una revisión de alcance del apoyo entre pares mediante redes sociales para personas con enfermedad mental grave [A scoping review of peer-to-peer support using social media for people with serious mental illness]. *Psychiatric Services*, 71(8), 771–781. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900439>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Guía de Intervención Humanitaria mhGAP (mhGAP-HIG): Orientación técnica para afecciones mentales, neurológicas y por uso de sustancias en emergencias humanitarias [mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Technical guidance for mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies]. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513401>

Organización Mundial de la Salud. (2021). Orientación sobre los servicios de salud mental comunitaria: Promoción de enfoques centrados en la persona y basados en los derechos [Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches]. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Directrices de la OMS sobre salud mental en el trabajo [WHO guidelines on mental health at work]. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>

Organización Mundial de la Salud. (2022). Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos [World mental health report: Transforming mental health for all]. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). eSalud en las Américas: Plan de acción 2020-2025. OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53922>

Patel, V., Saxena, S., Lund, C., Thornicroft, G., Baingana, F., Bolton, P., ... & Unützer, J. (2018). La Comisión Lancet sobre salud mental global y desarrollo sostenible [The Lancet Commission on global mental health and sustainable development]. *The Lancet*, 392(10157), 1553–1598. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32272-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32272-X)

Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. (2021). Protección de datos



y ética digital en la respuesta humanitaria: Directrices para la salud mental y el apoyo psicosocial [Data protection and digital ethics in humanitarian response: Guidelines for mental health and psychosocial support]. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. <https://www.ifrc.org/document/data-protection-guidelines-mhpss>

Sandvik, K. B. (2019). Datos humanitarios: Poder, política y digitalización de la ayuda [Humanitarian data: Power, politics, and the digitalization of aid]. *International Review of the Red Cross*, 101(910), 391–412. <https://doi.org/10.1017/S1816383119000465>

Schueller, S. M., Neary, M., O'Loughlin, K., & Adkins, E. C. (2020). Descubrimiento e interés en aplicaciones de salud entre personas con necesidades de salud mental: Estudio de encuesta y grupo focal [Discovery of and interest in health apps among those with mental health needs: Survey and focus group study]. *JMIR Mental Health*, 7(6), e17814. <https://doi.org/10.2196/17814>

Asociación Sphere. (2018). *Manual Sphere: Carta humanitaria y estándares mínimos en la respuesta humanitaria* (4.ª ed.). Asociación Sphere. <https://spheres-standards.org/sphere-handbook/>

Tol, W. A., Augustinavskis, J., Carswell, K., Brown, F. L., Adaku, A., Anjuri, Z., ... & van 't Hof, E. (2018). Escalabilidad de una intervención psicológica de la OMS en un entorno humanitario [Scalability of a WHO psychological intervention in a humanitarian setting]. *The Lancet Global Health*, 6(12), e1344–e1354. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30453-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30453-5)

Torous, J., Bucci, S., Bell, I. H., Kessing, L. V., Faurholt-Jepsen, M., Whelan, P., ... & Firth, J. (2021). El creciente campo de la psiquiatría digital: Evidencia actual y el futuro de las aplicaciones, las redes sociales, los chatbots y la realidad virtual [The growing field of digital psychiatry: Current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality]. *World Psychiatry*, 20(3), 318–335. <https://doi.org/10.1002/wps.20883>

Torous, J., & Roberts, L. W. (2020). Aplicaciones de salud mental: Es hora de cumplir su promesa [Mental health apps: Time to deliver on their promise]. *JAMA Psychiatry*, 77(9), 889–890. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1047>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Straus, S. E. (2018). Extensión PRISMA para revisiones de alcance (PRISMA-ScR): Lista de verificación y explicación [PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR):



Checklist and explanation]. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

ACNUR. (2020). Directrices para la Evaluación de Impacto en la Protección de Datos (DPIA) [Data Protection Impact Assessment (DPIA) Guidelines]. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. <https://www.unhcr.org/data-protection-impact-assessment-guidelines>

Wainberg, M., Gonzalez, J., Chowdhary, N., Oquendo, M. A., & Mann, J. J. (2021). Salud mental en la pandemia de COVID-19 y otras emergencias [Mental health in the COVID-19 pandemic and other emergencies]. *The Lancet Psychiatry*, 8(4), 271–273. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00056-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00056-8)

