



Capítulo 91/94

Tratado de psiquiatría clínica
Massachusetts General Hospital
2017 - 2018

PSIQUIATRÍA EN LOS DESASTRES

Trabajamos para su tranquilidad...

Psiquiatría en los desastres

Elspeth Cameron Ritchie, MD, MPH, COL (Ret)

Kevin M. O'Brien, EdD, MA

Marni Chanoff, MD

Samantha Andrien Stewart, MD

PUNTOS CLAVE

- La psiquiatría en los desastres es un campo en evolución que se ha desarrollado en respuesta a acontecimientos graves y generalmente impredecibles.
- Los psiquiatras tienen múltiples funciones potenciales en un desastre, desde abogar por una preparación y una política adecuadas hasta el tratamiento de los efectos a largo plazo que se producen en los individuos y las comunidades; las funciones de los psiquiatras cambian según la fase del desastre.
- La psiquiatría en los desastres implica la interacción con múltiples sistemas.
- Existen una variedad de respuestas normales y patológicas a los desastres. Los psiquiatras deben estar preparados para educar a las comunidades sobre las respuestas normales, ayudar con el triaje a otros profesionales sanitarios y proporcionar tratamiento a las personas con síntomas patológicos en respuesta a, o en conjunción con, un desastre.
- Ante un desastre pueden utilizarse varias modalidades de tratamiento, como el uso de primeros auxilios psicológicos, la psicofarmacología y la psicoterapia individual y grupal, que deben aplicarse de una manera culturalmente informada y sensible, prestando atención a las estructuras comunitarias preexistentes, los recursos comunitarios todavía disponibles y el impacto.
- Las poblaciones especiales se consideran víctimas de alto riesgo y requieren atención específica durante y después de un desastre.
- Los psiquiatras pueden ayudar a facilitar el proceso normal de recuperación y promover el bienestar y la resiliencia (tanto a nivel individual como comunitario).

Perspectiva general

Los desastres, especialmente los imprevistos, proporcionan un terreno fértil para los problemas psiquiátricos. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define desastre como «una interrupción grave, ecológica y psicosocial, que supera en gran medida la capacidad de afrontamiento de la comunidad afectada». Así como un trauma puede desbordar la capacidad de afrontamiento de un individuo, los desastres desbordan las ciudades, los sistemas, las leyes, las organizaciones y el buen funcionamiento de la sociedad. Durante la evaluación de la salud mental y el tratamiento cuando se ha producido un desastre siempre hay que tener en cuenta la perspectiva de la salud pública y el impacto que la alteración de una comunidad tiene en el funcionamiento del día a día.

Los desastres y sus efectos sobre el entorno, las poblaciones y los individuos suelen clasificarse en naturales (p. ej., huracanes, terremotos, inundaciones, incendios) o provocados por el hombre, que pueden ser intencionados (p. ej., actos de terrorismo) o accidentales (p. ej., un accidente industrial). Estas clasificaciones ayudan a moldear el impacto psicológico del desastre y la respuesta sanitaria psiquiátrica adecuada. En general, los causados por el hombre causan más malestar emocional. La psiquiatría en los desastres es un campo que ha surgido y continúa consolidándose en torno a la experiencia adquirida durante desastres específicos (es decir, con un creciente cuerpo de evidencia anecdótica y un cuerpo de investigación rezagado). Este campo se centra en las tareas de los especialistas en salud mental tanto en la preparación para los desastres como en las fases posteriores de estos.

La psiquiatría en los desastres comprende las muchas influencias interrelacionadas psicológicas, emocionales, cognitivas, del desarrollo y sociales sobre la conducta, la salud mental y el consumo de drogas y otras sustancias, y el efecto de estas influencias en la preparación, la respuesta y la recuperación de desastres o acontecimientos traumáticos. Los factores conductuales influyen directa e indirectamente en los riesgos individuales y comunitarios, la salud, la resiliencia y el éxito de las estrategias de respuesta a emergencias y las directrices de salud pública.¹

Historia

Psiquiatría en los desastres

Aunque los síntomas de ansiedad y depresión se han descrito durante mucho tiempo como parte de la respuesta humana al desastre, el estudio del incendio de Cocoanut Grove en 1942 realizado por Erich Lindemann fue el primer y más famoso intento de un psiquiatra por hacer un seguimiento de estas respuestas. Trató de definir en el lenguaje psiquiátrico las respuestas de duelo normales, el duelo anómalo, las respuestas al estrés y la pérdida, y los efectos de presenciar un desastre.²

El lenguaje de la respuesta traumática a la guerra (p. ej., nostalgia, neurosis de guerra, fatiga de batalla, conmoción por bombardeos) empezó a utilizarse en las descripciones de los traumas del combate y los desastres en los años setenta. El trastorno de estrés postraumático (TEPT) apareció por primera vez como una categoría diagnóstica dentro de los trastornos de ansiedad en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)*, 3.ª Ed., y como un propio síndrome de estrés único en el DSM-IV, como resultado directo de la guerra de Vietnam. En el DSM-5 se acaban de mejorar y ampliar los criterios de diagnóstico.³

Los primeros intentos organizados para el tratamiento de la salud mental de las personas expuestas a un desastre implicaron el uso del modelo de interrogatorio; el objetivo de estos esfuerzos, desarrollados a partir de la psiquiatría de combate, era devolver a los soldados la capacidad funcional completa para el deber. La psiquiatría de los desastres surgió como una subespecialidad a finales de los años noventa ante la creciente cobertura mediática de los desastres a gran escala. El National Institute of Mental Health (NIMH) formó la ramificación «Violence and Traumatic Stress» en 1991. En 1993, la American Psychiatric Association (APA) recomendó que las secciones de la ramificación formaran comités de desastres. Actualmente, la psiquiatría de los desastres es un foco pertinente para la psiquiatría en EE. UU. a raíz de los episodios de terrorismo y desastres que han golpeado al país, por ejemplo, el bombardeo de Oklahoma en 1995, el ataque contra el World Trade Center el 11 de septiembre de 2001, la devastación de la costa de Luisiana y Misisipi por el huracán Katrina y, más recientemente, los disparos en Aurora y Sandy Hook, el huracán Sandy y el bombardeo en el Maratón de Boston en abril de 2013.

En un estudio de consenso patrocinado por el NIMH en 2001 sobre mejores prácticas se estableció la necesidad de conocer mejor cómo facilitar la investigación sobre los desastres de una manera ética, relevante y capaz de aportar prácticas basadas en la evidencia (como la formalización inicial de los primeros auxilios psicológicos [PAP]). Es difícil hacer esto a través de paradigmas de investigación estándar porque los desastres suelen producirse sin previo aviso y las poblaciones que se deben estudiar son intrínsecamente vulnerables.⁴

Retos para la investigación y la clínica

Preparación para un desastre

Para que la respuesta frente a un desastre tenga éxito debe ser flexible, creativa y capaz de adaptarse y reaccionar ante un entorno inestable y cambiante. Las respuestas tienen más probabilidades de ser eficaces si están organizadas y se comprenden los objetivos de la psiquiatría en los desastres y cómo cambian esos objetivos según la fase del desastre. En las [tablas 91-1](#) y [91-2](#) (creadas por el consenso del NIMH) se describe la organización de las respuestas en caso de desastres, prestando atención especial al amplio alcance de las intervenciones.

Tabla 91-1

Componentes clave de la intervención temprana después de un desastre

| Problema abordado | Ejemplos de actividades |
|--------------------------------|---|
| Necesidades básicas | Proporcionar supervivencia, seguridad y protección |
| | Proporcionar alimentos y refugio |
| | Orientar a los supervivientes sobre los servicios/apoyo disponibles |
| | Comunicarse con la familia, los amigos y la comunidad |
| | Evaluar el entorno por si sigue habiendo amenazas |
| Primeros auxilios psicológicos | Proteger a los supervivientes de más daños |
| | Reducir la excitación fisiológica |
| | Movilizar apoyo para los más afectados |
| | Mantener a las familias juntas y facilitar reuniones con sus seres queridos |
| | Proporcionar información y fomentar la comunicación y la educación |

| Problema abordado | Ejemplos de actividades |
|---|---|
| | Utilizar técnicas eficaces de comunicación de riesgos |
| Evaluación de las necesidades | Evaluar el estado actual de los individuos, los grupos y las poblaciones e instituciones/sistemas |
| | Preguntar si se están abordando bien las necesidades, qué ofrece el entorno de recuperación y qué otras intervenciones son necesarias |
| Observación del entorno de rescate y recuperación | Observar y escuchar a los más afectados |
| | Hacer un seguimiento del entorno por si existen toxinas y factores de estrés |
| | Hacer un seguimiento de las amenazas pasadas y en curso |
| | Hacer un seguimiento de los servicios que se están proporcionando |
| | Hacer un seguimiento de la cobertura de los medios de comunicación y los rumores |
| Divulgación y difusión de información | Ofrecer información/educación y «terapia haciendo la ronda» |
| | Utilizar estructuras comunitarias establecidas |

| Problema abordado | Ejemplos de actividades |
|---|---|
| | <p data-bbox="553 344 719 369">Distribuir folletos</p> <p data-bbox="553 501 667 527">Alojar webs</p> <p data-bbox="553 659 1388 709">Realizar entrevistas y programas en los medios de comunicación y distribuir comunicados de prensa</p> |
| Asistencia técnica, consulta y capacitación | <p data-bbox="553 831 1388 882">Mejorar la capacidad de las organizaciones y los cuidadores para proporcionar lo necesario para el restablecimiento de la estructura de la comunidad</p> <p data-bbox="553 1005 1060 1031">Fomentar la recuperación y la resiliencia de las familias</p> <p data-bbox="553 1163 776 1188">Proteger a la comunidad</p> <p data-bbox="553 1320 1388 1371">Proporcionar asistencia, consulta y capacitación a las organizaciones pertinentes, otros cuidadores y las personas que responden cuando se produce un desastre, y los líderes</p> |
| Fomento de la resiliencia y la recuperación | <p data-bbox="553 1491 1019 1516">Fomentar, pero no forzar, las interacciones sociales</p> <p data-bbox="553 1648 1084 1673">Proporcionar capacitación en habilidades de afrontamiento</p> <p data-bbox="553 1803 1019 1829">Proporcionar capacitación en evaluación de riesgos</p> |

| Problema abordado | Ejemplos de actividades |
|-------------------|--|
| | Proporcionar formación sobre las respuestas al estrés, los recuerdos traumáticos, el afrontamiento, el funcionamiento normal frente al anómalo, los factores de riesgo y los servicios |
| | Ofrecer intervenciones de grupo y familiares |
| | Fomentar los apoyos sociales naturales |
| | Ocuparse de los afligidos |
| | Reparar el tejido organizativo |
| Triaje | Realizar evaluaciones clínicas utilizando métodos válidos y fiables |
| | Derivar cuando esté indicado |
| | Identificar a los individuos y los grupos vulnerables, de alto riesgo |
| | Proporcionar hospitalización de urgencia |
| Tratamiento | Reducir o mejorar los síntomas o mejorar el funcionamiento a través de: |

| Problema abordado | Ejemplos de actividades |
|-------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia individual, familiar y grupal • Farmacoterapia • Hospitalización a corto o largo plazo |

Adaptado de U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response, Office of Policy and Planning, Division for At-Risk Individuals, Behavioral Health, and Community Resilience: *Disaster Behavioral Health Concept of Operations*, Washington, D.C., December 2011. Disponible en <http://www.phe.gov/Preparedness/planning/abc/Documents/dbh-conops.pdf>. Acceso el 1 de julio de 2013, y National Institute of Mental Health: *Mental health and mass violence: evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices*. Appendix A. NIH Publication No. 02-5138, Washington, D.C., 2002, U.S. Government Printing Office. Disponible en <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/massviolence.pdf>. Acceso el 1 julio de 2013.

Tabla 91-2

Guía para la sincronización de las intervenciones tempranas después de un desastre

| | Fase | | | | |
|------------------------------|---|-------------------------------------|----------------------------------|--|--|
| | <i>Antes del incidente</i> | <i>Impacto (0-48 h)</i> | <i>Rescate (0-1 semana)</i> | <i>Recuperación (1-4 semanas)</i> | <i>Vuelta a la vida diaria (2 semanas-2 años)</i> |
| Objetivos | Preparación | Supervivencia, comunicación | Ajuste | Evaluación, planificación | Reintegración |
| Conducta | Preparación frente a la negación | Lucha/huida, congelación, rendición | Resiliencia frente a extenuación | Duelo, reevaluación, recuerdos intrusivos, formación de la narrativa | Ajuste frente a fobias, TEPT, evitación, depresión |
| Función de los profesionales | Preparación: capacitación, adquisición de | Necesidades básicas | Evaluación de las necesidades | | Tratamiento |

| | Fase | | | | |
|-----------------|---|--------------------------------|--|---|---|
| | <i>Antes del incidente</i> | <i>Impacto (0-48 h)</i> | <i>Rescate (0-1 semana)</i> | <i>Recuperación (1-4 semanas)</i> | <i>Vuelta a la vida diaria (2 semanas-2 años)</i> |
| en salud mental | conocimientos, colaboración, información y política de influencia, establecimiento de estructuras para la asistencia rápida | Primeros auxilios psicológicos | Triaje | Seguimiento del entorno de recuperación | |
| | | | Divulgación y difusión de la información | | |

Adaptado de Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief, *Am J Psychiatry* 101:141–149, 1944, y National Institute of Mental Health: *Mental health and mass violence: evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices*. Appendix B. NIH Publication No. 02-5138, Washington, D.C., 2002, U.S. Government Printing Office. Disponible en <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/massviolence.pdf>. Acceso el 1 julio de 2013.

TEPT, trastorno de estrés posttraumático.

Prepararse para un desastre antes de que se produzca requiere un plan que facilite alcanzar los objetivos más básicos y urgentes, y después extender los servicios cuando sean necesarios y estén disponibles. La prioridad debe ser la planificación de un sistema de comunicación y delegación dentro de un equipo. Los desastres previstos pueden tener planificaciones más exhaustivas. Estos planes deben ser accesibles.

Es importante conocer las funciones de las organizaciones interrelacionadas y cómo comunicarse con ellas para que los esfuerzos y los recursos se puedan distribuir más eficazmente en el caos de un desastre. La preparación más eficaz consiste en familiarizar a un equipo con las demás personas que entrarán en acción cuando se produzca un desastre. Los aniversarios de los desastres pueden usarse como un recordatorio para ensayar o revisar los planes en el lugar, en un momento en que los participantes pueden entender mejor su importancia.

Sistemas

La salud conductual en los desastres es una parte integral del sistema general de preparación, respuesta y recuperación de la atención médica y la salud pública.⁸ La recuperación de los desastres se coordina a través del National Disaster Recovery Framework (NDRF), y la mayoría de los estados proporcionan y coordinan los servicios de salud mental en los desastres a través de un State Disaster Behavioral Health Coordinator.⁹ Los psiquiatras u organizaciones de salud mental interesados en psiquiatría en los desastres deben prepararse familiarizándose con los sistemas existentes de respuesta a los desastres, estableciendo relaciones con otras agencias para la preparación de desastres y diseñando planes de acción que comprendan relaciones definidas dentro de un sistema de respuesta a los desastres (antes de un desastre).

Quizás uno de los elementos más complicados y destacados de la psiquiatría en los desastres es la interacción con los sistemas de respuesta a desastres existentes. Las fases iniciales de la respuesta de salud mental en los desastres se basan en un modelo de divulgación. Los profesionales de salud mental se dirigen a la comunidad afectada, donde trabajarán codo con codo con los sistemas preexistentes dentro de la comunidad.

Habrán sistemas formales de respuesta a desastres en varias etapas de movilización y aplicación. La respuesta de salud mental se produce dentro de una red de respuestas al desastre que comprenden la seguridad, el tratamiento médico, el refugio, la nutrición, el transporte, la distribución de ropa (y otras necesidades), la localización de personas y familias, y la provisión de información precisa sobre desastres en curso y los planes de seguridad.

Los psiquiatras también pueden colaborar en un sistema de respuestas frente al desastre como profesionales capacitados médicamente, ayudando con el triaje para asegurar que primero se proporciona el tratamiento médico de urgencia y que se identifica a las personas heridas físicamente. Con frecuencia, los psiquiatras son invitados por el público para proporcionar información sobre las respuestas psicológicas típicas y atípicas frente a los desastres.

Además, los psiquiatras pueden identificar a los primeros en responder que parecen estar sufriendo debido a los acontecimientos emocionales que los rodean. Los profesionales de salud mental pueden crear equipos de tratamiento que realicen revisiones periódicas para evaluar cómo está funcionando el equipo/sistema.

Inmediatamente después, es probable que muchos sistemas locales de atención de salud mental se interrumpan. La experiencia indica que canalizar recursos y rutinas hacia el uso de las instituciones locales será más productivo al cambiar el sistema de atención de desastres hacia un sistema de cuidados a largo plazo. Los que responden a un desastre proporcionan un sistema de urgencia mientras los sistemas locales encuentran la forma de reanudar sus servicios.

Intervención por etapas en casos de desastre

Las fases de respuesta ante un desastre cambian a medida que la inminencia del desastre y las necesidades de la comunidad cambian. Una respuesta que no es capaz de adaptarse solo es útil temporalmente, puesto que los problemas evolucionan con el tiempo.

Al definir el estrés agudo y traumático, así como las reacciones de duelo, el campo de la salud mental ha reconocido la variedad de respuestas psicológicas que se producen con el tiempo. Se han descrito una serie de objetivos a corto plazo para los psiquiatras en los casos de desastres. Los temas habituales comprenden los siguientes:

- *Orientación de los profesionales de salud mental sobre el entorno y las funciones del equipo de salud mental.* La aplicación práctica comprende la búsqueda de la jerarquía existente, hacer presentaciones, preguntar sus observaciones acerca de las necesidades, y la definición de la disponibilidad y capacidad de su equipo.
- *Observación de los elementos del entorno.* Esto facilita el aprendizaje de los factores que interfieren en la disminución del estrés y con la salud mental del grupo e individual, y la comunicación eficaz de estas observaciones.
- *Asistencia a los supervivientes en el contexto en el que se encuentren y fomento del apoyo en un contexto dado.* Cuando se produce un desastre, la atención psiquiátrica puede prestarse en los refugios, en las calles, en escuelas y hoteles, en las salas de espera de los alojamientos, en centros de atención médica y en centros de ayuda en casos de desastre. El modelo de divulgación parece ser la mejor manera de involucrar a una población vulnerable que puede ser resistente al tratamiento psiquiátrico. Proporcionar información general y estar dispuesto a ayudar en una serie de actividades (p. ej., distribuir alimentos o ropa) suele ser una manera eficaz de iniciar una conversación que dé una idea de cómo está afrontando la situación una persona y qué necesidades de atención psiquiátrica puede tener.
- *Cribado de los factores de riesgo y las reacciones de estrés traumático que indican que los supervivientes necesitan más servicios.* Aparte de atender las reacciones de estrés evidentes, prestar atención a los factores de riesgo puede guiar a los médicos hacia las personas que pueden necesitar una evaluación más completa y otros servicios. En la [tabla 91-3](#) se enumeran los factores de riesgo conocidos de las secuelas a largo plazo en la respuesta a un desastre.
- *Ofrecimiento de información a los supervivientes, las personas que trabajan en los desastres y el público en general acerca de las respuestas normales y esperadas, los signos y síntomas relacionados, las actividades que mejoran la salud y la resiliencia, y dónde ir para obtener más ayuda si aparecen los síntomas.* Esto se logra mejor familiarizándose

con el sistema para asegurar que la información sea coherente y fácilmente accesible. Este objetivo también pone de relieve el hecho de que los servicios de salud mental no se limitan a los supervivientes del desastre.

Tabla 91-3

Factores de riesgo asociados a resultados adversos para la salud mental después de un desastre

| Factores antes del desastre | Factores durante el desastre | Factores después del desastre |
|--|------------------------------|-------------------------------------|
| Sexo femenino | Duelo | Deterioro de los recursos |
| Edad: 40-60 años | Lesiones | Deterioro del apoyo social |
| Grupos minoritarios | Intensidad de la exposición | Aumento del apoyo social |
| Pobreza o nivel socioeconómico bajo | Pánico | Problemas de pareja |
| Presencia de niños expuestos en el hogar | Horror | Pérdida del hogar/bienes económicos |
| Antecedentes psiquiátricos | Amenazas para la vida | Alienación y desconfianza |
| | Reubicación o desplazamiento | Reacciones peritraumáticas |
| | | Afrontamiento de evitación |

Tomado de Young B. Emergency outreach: navigational and brief screening guidelines for working in large group settings following catastrophic events, *NC-PTSD Clin Q* 11(1):1-7, 2004.

En la [tabla 91-1](#) se ofrece la amplia gama de actividades que realiza un psiquiatra en los desastres. Es importante tener en cuenta que solo una pequeña parte de las actividades se enumeran como «tratamiento» en el sentido clásico. Una gran parte de las actividades se dirigen a la recuperación de la función permanente de la comunidad de rescatadores y víctimas. Esto es importante porque cuanto más amplia es la escala del desastre, más limitado es el acceso a los entornos de tratamiento clásicos. La

experiencia durante el huracán Katrina reveló que las salas de urgencias y los hospitales psiquiátricos se llenaban rápidamente y solo permanecían accesibles para los afectados de más gravedad.

Algunas tareas, como el seguimiento de los rumores y la cobertura de los medios de comunicación y su alcance, el restablecimiento de la estructura de la comunidad, el fomento de las interacciones sociales y la difusión, tienen un gran impacto. Las habilidades de resolución de problemas (cumplir los desafíos de los individuos, los grupos o las familias con atención, flexibilidad y creatividad) de los profesionales de salud mental les preparan para proporcionar cuidados en una situación de desastre.

Apuntes prácticos

Víctimas de un desastre

La mayoría de las personas afectadas por un desastre muestran resiliencia o malestar emocional normal que responde bien al cumplimiento de las necesidades básicas, el encuentro o la reanudación de las estructuras y actividades familiares, y la autorregulación. Un pequeño número de víctimas de desastres tienen una respuesta de estrés agudo, como ansiedad grave, malestar emocional, disociación o psicosis. A veces, estas respuestas pueden requerir estabilización inmediata mediante fármacos o técnicas de manejo del estrés/relajación. Algunos mejoran rápidamente cuando hablan de lo que vieron o experimentaron durante el desastre. Otros casos se recuperan más despacio, especialmente los que han estado sufriendo durante un período prolongado, por ejemplo, viviendo en refugios y realizando trámites burocráticos. Además, en los que tienen diagnósticos preexistentes los síntomas pueden agravarse debido a la interrupción de la medicación o al síndrome de abstinencia de los fármacos.

Aparte de los directamente afectados o heridos por el desastre, hay otras víctimas más remotas, como testigos, familiares y los que presenciaron el desastre desde lejos. Los niños y las víctimas de traumas o desastres anteriores tienen más riesgo de traumatización a distancia.

Cuando se piensa en quién es víctima de un desastre, las personas suelen clasificarse por factores de riesgo que han demostrado ser útiles para predecir una respuesta de estrés traumático a los efectos psicológicos a largo plazo. Young⁴ estudió las características de las víctimas de desastres por su capacidad para predecir los resultados adversos para la salud mental; estos factores se dividieron en factores posteriores al desastre, factores durante el desastre y factores anteriores al desastre, que se muestran en la [tabla 91-3](#).

La psiquiatría militar, la Disaster Psychiatry Outreach (DPO) y el Crisis Counseling Assistance and Training Program (CCP) de la Federal Emergency Management Agency (FEMA) han destacado la importancia de un modelo de divulgación. Las actividades como la distribución de información, el seguimiento del escenario del desastre, el fomento de interacciones positivas que se desarrollan espontáneamente o continúan existiendo, y la respuesta a los problemas en su contexto dependen de este modelo.

En términos prácticos, esto significa que los teléfonos móviles, las baterías adecuadas, los modos de transporte, las reuniones nocturnas para reorganizar y planificar, los mapas buenos de la zona, los kits de tratamiento móviles, y la ropa y los zapatos cómodos pero respetuosos son herramientas importantes para una psiquiatría eficaz sobre el terreno.

Las personas que responden cuando se produce un desastre no están exentas de las secuelas psicológicas. Muchos han presenciado el desastre inmediato o la devastación que causó. El trabajo, la actividad y proporcionar ayuda suelen ser técnicas saludables de afrontamiento. Sin embargo, es importante vigilar los síntomas de fatiga, síndrome de desgaste profesional y traumatización, especialmente en las fases de intermedia a tardía de un desastre. La experiencia ha identificado a los primeros que responden (como policías y bomberos) como de alto riesgo.

Más recientemente, el triaje psicológico simple y el tratamiento rápido, o «PsySTART» (*Psychological Simple Triage and Rapid Treatment*), se ha adaptado como una estrategia para el triaje rápido en salud mental y el manejo del incidente durante los desastres a gran escala y los atentados terroristas. El PsySTART tiene tres componentes: la resiliencia de la comunidad a través de la vinculación entre los sistemas de atención

en los desastres; una «etiqueta» de triaje rápida basada en la evidencia, diseñada para su uso en el terreno por las personas que responden cuando se produce un desastre que no tienen experiencia en salud mental; y una plataforma de tecnología de la información para gestionar la recopilación y el análisis de las necesidades de triaje en tiempo casi real. En un entorno de sobretensión con muchas personas en riesgo, el sistema PsySTART utiliza un algoritmo de triaje flotante para dar prioridad a las personas que necesitan ser atendidas primero. Esto permite gestionar mejor los recursos psicológicos limitados de la fase aguda y priorizar las necesidades de ayuda mutua según una métrica común basada en la evidencia.

Conciencia cultural

Los desastres representan un encuentro cultural complejo para las víctimas, para las personas del exterior que responden cuando se produce un desastre, y para la cultura emergente y temporal del desastre; estas culturas pueden entrar en conflicto.¹⁴ Este contexto debe considerarse como un tema general cuando se utilizan todas las modalidades de tratamiento descritas en este capítulo. El tratamiento debe ser culturalmente apropiado tanto para el individuo como para la comunidad en la que trabaja el psiquiatra. Si hay una brecha cultural entre un cuidador y una víctima, es importante que el cuidador conozca y entienda los rituales y las tradiciones curativas de la comunidad, consulte a los sanadores y líderes de esa comunidad, y que trabajen juntos dentro de los dos modelos. Si un psiquiatra intenta imponer un tratamiento probado científicamente que no encaja con el modelo de la comunidad, quizás utilizado durante miles de años, es poco probable que la comunidad confíe en el tratamiento propuesto.

Resiliencia

La resiliencia psicológica se ha definido como la capacidad del individuo para adaptarse con éxito y mantener una función competente (a pesar de experimentar estrés crónico o adversidades),¹⁵ obtener buenos resultados a pesar de las amenazas graves para la adaptación o el desarrollo,¹⁶ y para mantener niveles relativamente estables y sanos de la función psicológica y física.¹⁷

Los expertos en traumas creen que la mayoría de las personas son capaces de perseverar y recuperar la salud mental completa sin desarrollar TEPT u otros trastornos psicológicos. Para fomentar la resiliencia natural, los profesionales de salud mental pueden facilitar el uso completo de los recursos disponibles para asegurar que una persona maximice su sistema de apoyo social y los recursos de la comunidad. El objetivo debe ser ayudar a mantener una programación y una estructura tan pronto como sea posible. Reconstruir, mantener la unión con la familia y los amigos, y participar en actividades espirituales/religiosas y recreativas se consideran herramientas de afrontamiento que pueden facilitar la recuperación y la resiliencia. Además, el replanteamiento positivo, o ver el bien que puede venir del desastre, puede fortalecer el sentido de comunidad y ayudar a fomentar la resiliencia a nivel individual y comunitario.¹⁸

Diagnóstico

Los desastres se han asociado a tasas elevadas de TEPT, depresión, trastornos de ansiedad y consumo de drogas y otras sustancias (tabla 91-4¹⁹). Las personas con enfermedades mentales preexistentes pueden tener más riesgo de otras secuelas psicológicas debido a sus vulnerabilidades o a la interrupción del acceso a su tratamiento o sistema de atención. Este grupo comprende a los enfermos mentales graves, en los que puede romperse la cadena de suministro de sus fármacos, lo que es perturbador.

Tabla 91-4

Diagnósticos del DSM que se presentan después de un desastre

| Diagnóstico | Comentarios |
|--------------------------------------|--|
| Trastorno de estrés agudo | Respuesta al estrés que interfiere en la función y que aparece de 1 día a 1 mes después del desastre |
| Trastorno de estrés posttraumático | Respuesta al estrés, con componentes de evitación, reexperimentación y respuesta al estrés excesiva que dura más de 1 mes y deteriora las áreas sociales y laborales, u otras áreas funcionales importantes. La experiencia traumática previa es un factor de riesgo para la respuesta al estrés más intensa |
| Trastornos de ansiedad | Los trastornos preexistentes aumentan el riesgo de una respuesta de estrés patológica. Pueden aparecer nuevos trastornos de ansiedad |
| Trastornos del estado de ánimo | Los trastornos preexistentes aumentan el riesgo de una respuesta de estrés patológica. Puede aparecer una depresión nueva |
| Trastornos psicóticos | Las reacciones psicóticas breves pueden ser las respuestas más frecuentes de estrés en las mujeres, los niños y los miembros de culturas no occidentales |
| Duelo normal | El duelo está presente en la mayoría de los desastres, y el duelo normal debe ser aceptado con el apoyo proporcionado según sea necesario. Las líneas de tiempo varían entre los individuos. Un elemento clave del duelo normal es la capacidad del individuo para conservar un sentido de sí mismo y un sentido de propósito |
| Duelo complicado | El duelo complicado es el luto por una pérdida en una medida que impide reanudar la vida normal |
| Consumo de drogas y otras sustancias | Tanto los que consumían drogas y otras sustancias previamente como los que no eran consumidores tienen un alto riesgo de consumo de drogas y otras sustancias para hacer frente al estrés y la pérdida que acompañan a un desastre. Los profesionales de salud mental deben estar atentos a las personas dependientes que pueden requerir desintoxicación médica para superar con seguridad la abstinencia de una droga o sustancia a la que no tienen acceso en el entorno de un desastre. Hay que educar a la comunidad sobre el aumento universal del riesgo de consumo de alcohol, drogas y otras sustancias como mecanismos de afrontamiento del estrés |

El malestar emocional debe anticiparse después de un desastre. Los síntomas físicos (p. ej., inquietud, tensión o dolor; cambios en el patrón del sueño, el apetito, la energía, la libido o los movimientos

intestinales) y los síntomas emocionales (p. ej., ira, entumecimiento emocional, culpa o tristeza, confusión, indecisión, pensamientos intrusivos o empeoramiento de la atención y la memoria) son características de las reacciones normales de estrés en los días, semanas y meses posteriores a un desastre. Describir estos síntomas como respuestas normales ante las circunstancias anómalas puede proporcionar alivio a la mayoría de las personas que recurren a la resiliencia y las habilidades de afrontamiento para sobrevivir a los desastres psicológicamente intactas. Lo que diferencia las reacciones normales de las anómalas es si interfieren en la capacidad funcional de una persona.

Principios generales de intervención y tratamiento

Los fármacos, la psicoterapia y las intervenciones psicosociales son aspectos esenciales del tratamiento. Sin embargo, hay que tener en cuenta la logística complicada, la fragmentación del sistema y la falta de infraestructura sanitaria cuando se fijan los objetivos y se diseñan los planes de tratamiento. Los psiquiatras tienen un conjunto de habilidades únicas y, si las utilizan con flexibilidad y creatividad, pueden llegar a las personas de diversas maneras.

La atención sanitaria mental se rechaza con frecuencia o es mínimamente aceptada por razones relacionadas con la estigmatización, los sesgos culturales y las experiencias negativas del pasado. Por esta razón, puede ser útil integrar la atención sanitaria mental en la atención sanitaria primaria que se apoya en el esfuerzo psicosocial basado en la comunidad.

Habitualmente, los psiquiatras piensan en términos de psicopatología, diagnóstico y tratamiento de los síntomas, pero en los desastres es igual de importante pensar en cómo fomentar el curso natural de la recuperación.

Psicofarmacología

La psicofarmacología puede ser un aspecto importante del tratamiento. En las primeras etapas de la recuperación, muchas personas tienen dificultades para dormir debido a su estado de mayor excitación y a los factores adversos del entorno en los refugios y otros lugares temporales que pueden interferir en el descanso, como luces brillantes, ruido, espacios llenos de gente y lugares incómodos para dormir. Estas personas pueden beneficiarse del uso a corto plazo de hipnótico-sedantes.

La ansiedad y los síntomas somáticos pueden comprender dolor, debilidad, mareos, taquicardia, palpitaciones o dificultad para respirar. El uso a corto plazo de benzodiazepinas de larga duración puede ser útil en estos casos. Cuando estos síntomas solo se experimentan de forma episódica, pueden utilizarse benzodiazepinas de acción más corta según sea necesario. Hay que tener cuidado para detectar el uso indebido de fármacos o el consumo de drogas y otras sustancias en el momento actual y en el pasado. Si hay antecedentes de consumo de drogas u otras sustancias, hay que proporcionar supervisión y seguimiento cercano siempre que sea posible.

El cribado, la evaluación y el tratamiento de la abstinencia de alcohol y opiáceos son esenciales. La abstinencia de alcohol puede ser potencialmente mortal y se asocia a riesgo de convulsiones, *delirium tremens* y muerte si no se trata adecuadamente con benzodiazepinas. La abstinencia de opiáceos, aunque no es potencialmente mortal, es extremadamente incómoda si no se trata correctamente. Además, los que experimentan la abstinencia suelen estar irritables y agitados, lo que puede perturbar el ambiente de los refugios. Si los programas formales de desintoxicación no están disponibles, pueden prescribirse benzodiazepinas para controlar la abstinencia de alcohol, con una planificación detallada para la disminución gradual. También es útil el tratamiento de apoyo para las náuseas, los vómitos y los calambres musculares asociados a la abstinencia de opiáceos.

Pueden utilizarse antidepresivos (p. ej., inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS] e inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina [IRSN]) para el tratamiento del trastorno de estrés agudo, la depresión y el trastorno de ansiedad generalizada, y se han utilizado con frecuencia para tratar los síntomas del TEPT.

Los que ya tenían enfermedades mentales antes deben mantener su régimen de medicación y pueden necesitar dosis más altas de antipsicóticos, ansiolíticos y antidepresivos, porque el estrés y el miedo pueden

empeorar la psicosis, la ansiedad y la depresión. Con frecuencia, se interrumpe la cadena de suministro de fármacos para las personas con enfermedades mentales crónicas. Una de las funciones más prácticas del psiquiatra es reiniciar los fármacos para los trastornos mentales crónicos, ayudar a escribir la prescripción y ayudar a proporcionar acceso a estos fármacos.

Psicoterapia

La psicoterapia individual es otro aspecto importante del tratamiento, tanto en los primeros momentos después de un desastre como en el proceso de recuperación. Inmediatamente después de un desastre, un psiquiatra puede escuchar a las víctimas, actuando como «la calma después de la tormenta», lo que permite a las víctimas ser escuchadas y que sus necesidades sean abordadas de una manera individual. Este tipo de terapia de apoyo puede ser muy útil para atender a estas personas, tranquilizarlas y normalizar sus reacciones, cuando sea apropiado. La terapia de apoyo continúa siendo útil después del trauma, cuando se han establecido los sistemas necesarios, para ofrecer a las víctimas un lugar seguro y privado donde ser escuchadas.

La terapia cognitivo-conductual se ha analizado en estudios controlados aleatorizados y se ha demostrado que es eficaz para el tratamiento del TEPT crónico.² Puede centrarse en la enseñanza de estrategias específicas para afrontar la ansiedad, la hiperexcitación y la evitación.

Interrogatorio de estrés por incidentes críticos

Ha habido un amplio debate sobre el interrogatorio de estrés por incidentes críticos, una técnica adaptada de las intervenciones militares que se utiliza inmediatamente o poco después de un suceso traumático. Este tratamiento anima a las personas a procesar los acontecimientos traumáticos, así como sus pensamientos y sentimientos, con la esperanza de que al compartir su experiencia encuentren alivio de sus síntomas y se evite que estos empeoren. No se recomienda extensamente porque no se ha analizado en estudios controlados aleatorizados y no hay evidencias que apoyen su eficacia. De hecho, muchos expertos creen que podría ser perjudicial para la recuperación y que puede causar retraumatización.³ Sin embargo, para las primeras personas que responden cuando se produce un desastre puede ser útil realizar un interrogatorio operativo como parte de su rutina.

Primeros auxilios psicológicos

Los PAP se han convertido en una dimensión crítica de la respuesta a las necesidades de los que tienen estrés agudo debido a un desastre o una situación de emergencia.^{4,5} Los PAP son un abordaje para tratar el malestar emocional de las poblaciones afectadas, junto con la asistencia práctica, la información y guía de autoayuda, los centros de atención telefónica y la divulgación.² Hay variaciones de los PAP que se enseñan a diversas audiencias de personas que responden cuando se produce un desastre (p. ej., desde personas legas formadas hasta especialistas en salud mental) y en todos los capítulos de la Cruz Roja en EE. UU. La mayoría de los proveedores estatales y locales han adaptado los PAP como la respuesta primaria durante las primeras 24 a 48 h para la salud conductual en los casos de desastres. Aunque la evidencia científica adecuada para los PAP es escasa, está muy apoyada por la opinión y la suposición racional de los expertos.²

Conclusión

La psiquiatría en los desastres es un componente en evolución y cada vez más importante de la base de conocimientos que necesitan los psiquiatras. La bibliografía está aumentando y refleja las lecciones aprendidas de los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001, los tsunamis, los huracanes, los tiroteos y docenas de pequeños desastres. Afortunadamente, existen principios bien aceptados de intervención temprana.² Las facultades de medicina y los programas de residencia deben incorporar estos principios en sus programas de formación.

Sin embargo, quedan varios obstáculos, que comprenden: estar en la mesa con los planificadores médicos; superar las dificultades de la investigación; proporcionar atención y supervisión de calidad en el entorno de un desastre; obtener licencias y pagos apropiados, tratar cuestiones de competencia cultural, y proporcionar atención extendida a las poblaciones afectadas. El potencial para influir en la vida de miles, o tal vez cientos de miles, de personas no puede ser ignorado; se necesitarán energía y esfuerzo para hacer frente a la gran cantidad de desafíos que tenemos por delante.

Acceda *online* a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía

1. Garakani A, Hirschowitz J, Katz C. General disaster psychiatry. *Psychiatr Clin North Am.* 2004;27:391–406.
2. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response, Office of Policy and Planning, Division for At-Risk Individuals, Behavioral Health, and Community Resilience: Disaster Behavioral Health Concept of Operations, Washington, D.C., December 2011. Available at: <http://www.phe.gov/preparedness/planning/abc/documents/dbh-conops.pdf>; [Accessed July 1, 2013].
3. Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry.* 1944;101:141–149.
4. American Psychiatric Association *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* ed 5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. National Institute of Mental Health. Mental health and mass violence: evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices. NIH Publication No. 02-5138, Washington, D.C., 2002, U.S. Government Printing Office. Available at: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/massviolence.pdf>; [Accessed July 1, 2013].
6. National Institute of Mental Health. Mental health and mass violence: evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices. NIH Publication No. 02-5138, Washington, D.C., 2002, U.S. Government Printing Office. Appendix A. Available at: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/massviolence.pdf>; [Accessed July 1, 2013].
7. National Institute of Mental Health. Mental health and mass violence: evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence. A workshop to reach consensus on best practices. NIH Publication No. 02-5138, Washington, D.C., 2002, U.S. Government Printing Office. Appendix B. Available at: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/massviolence.pdf>; [Accessed July 1, 2013].
8. 1976—Pub. L. 94-484, title IV, §407(b) (3), Oct. 12, 1976, 90 Stat. 2268, added heading “Subpart II—National Health Service Corps Program” SUBCHAPTER II > PartD> subpartii > §254d of the Public Health Service Act. Available at: <http://uscodebeta.house.gov/view.xhtml;jsessionid=dae13839dda45ad34d1a4625740a5240?req=granuleid%3ausc-prelim-title42-chapter6a-subchapter2-partd-subpart2&saved=%7cz3jhbvnsvzwlkolvtyq1wcmvsaw0tdgl0bgu0mi1zzwn0aw9umju0zi0x%7c%7c%7c0%7cfalse%7cprelim&edition=prelim>; [Accessed July 1, 2013].
9. U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Preparedness and Response, Office of Policy and Planning, Division for At-Risk Individuals, Behavioral Health, and Community Resilience: Disaster Behavioral Health Concept of Operations, Washington, D.C., 2002, December 2011. Available at: <http://www.phe.gov/preparedness/planning/abc/documents/dbh-conops.pdf>; [Accessed July 1, 2013].
10. Young B. Emergency outreach: navigational and brief screening guidelines for working in large group settings following catastrophic events. *NC-PTSD Clin Q.* 2004;11(1):1–7.
11. Marsella AJ, Christopher MA. Ethnocultural considerations in disasters: an overview of research, issues, and directions. *Psychiatr Clin North Am.* 2004;27(3):521–539.
12. Cicchetti D, Rogosch FA. The role of self-organization in the promotion of resilience in maltreated children. *Dev Psychopathol.* 1997;9:799–817.
13. Masten AS. Ordinary magic: Resilience processes in development. *Am Psychol.* 2001;56(3):227–238.
14. Bonnano GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol.* 2004;59(1):20–28.
15. Hall RCW, Ng AT, Norwood AE: Disaster psychiatry handbook. American Psychiatry Association, Committee on Psychiatric Dimensions of Disaster. Available at: <http://www.eird.org/cd/ibis/guidelines/apadisasterhandbk.pdf>; 2004. [Accessed July 1, 2013].
16. Rousseau AW: Notes from Oklahoma City’s recovery, a district branch perspective. Taken from Hall RCW, Ng AT, Norwood AE: *Disaster psychiatry handbook.* American Psychiatry Association, Committee on

- Psychiatric Dimensions of Disaster. Available at: <http://www.eird.org/cd/ibis/guidelines/apadisasterhandbk.pdf>; 2004 [Accessed July 1, 2013].
17. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, et al. *Effective treatments for posttraumatic stress disorder: Practice guidelines from the international society for traumatic stress studies*. ed 2. New York: Guilford Publications; 2009.
 18. Rose SC, Bisson J, Churchill R, et al. *Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD) (2009) The Cochrane Collaboration*. John Wiley & Sons, Ltd; 2009: Available at: <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/cd000560.pdf>; [Accessed July 1, 2013].
 19. Everly GS, Flynn BW. Principles and practical procedures for acute psychological first aid training for personnel without mental health experience. *Int J Emerg Ment Health*. 2006;8(2):93–100.
 20. Parker CL, Everly Jr GS, Barnett DJ, et al. Establishing evidence informed core intervention competencies in psychological first aid for public health personnel. *Int J Emerg Ment Health*. 2006;8(2):83–92.
 21. Raphael B, Ma H. Mass catastrophe and disaster psychiatry. *Mol Psychiatry*. 2011;16(3):247–251.
 22. Fox JH, Burkle Jr FM, Bass J, et al. Effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: research analysis of peer-reviewed literature from 1990–2010. *Dis Med Public Health Prep*. 2012;6(3):247–252.
 23. Ritchie EC, Watson PJ, Friedman MJ, eds. *Interventions following mass violence and disasters: strategies for mental health practice*. New York: Guilford Press; 2006.

Lecturas recomendadas

- Erikson K. *Everything in its path*. New York: Simon & Schuster; 1976.
- Fullerton CS, Ursano RJ, Vance K, et al. Debriefing following trauma. *Psychiatr Q*. 2000;71(3):259–276.
- Horowitz MJ. Disasters and psychological responses to stress. *Psychiatr Ann*. 1985;15(3):161–167.
- Hoven CW, Duarte CS, Lucas CP, et al. Psychopathology among New York City public school children 6 months after September 11. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:545–552.
- Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief (reprint). *Am J Psychiatry*. 1944;101:141–149.
- Norwood A, Ursano R, Fullerton C. Disaster psychiatry: principles and practice. *Psychiatry Q*. 2000;71:207–226.
- Ritchie C. Assessing mental health needs following disaster. *Psychiatr Ann*. 2004;34(8):605–610.
- Ritchie EC, Watson PJ, Friedman MJ, eds. *Interventions following mass violence and disasters: strategies for mental health practice*. New York: Guilford Press; 2006.
- Shalev A. Biological responses to disasters. *Psychiatr Q*. 2000;71(3):277–288.
- Simon A, Gorman J. Psychopharmacological possibilities in the acute disaster setting. *Psychiatr Clin North Am*. 2004;27:425–458.
- Ursano R, McCaughey B, Fullerton C. *Individual and community responses to trauma and disaster*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1995: pp 3–21.
- World Health Organization *Psychosocial consequences of disasters: prevention and management*. Geneva: World Health Organization; 1992.

Páginas web

- American Psychiatric Association. <http://www.psych.org/>.
- American Psychological Association. www.apa.org.
- American Red Cross. www.redcross.org.
- Center for the Study of Traumatic Stress. www.usuhs.mil/csts/.
- Disaster Psychiatry Outreach. www.disasterpsych.org.
- Federal Emergency Management Agency. www.fema.gov.