

Alerta Sanitaria

Desastres naturales y salud mental

Renato D. Alarcón¹, Raquel Eidelman Cohen²

RESUMEN

Se examinan las diversas maneras en que desastres naturales como los recientemente ocurridos en la zona Norte del Perú impactan la estabilidad emocional y la salud mental de sus víctimas. Las manifestaciones clínicas revisten diferentes presentaciones (desde reacciones leves hasta agudas, severas y crónicas), la más característica de las cuales es el llamado Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT). La información epidemiológica establece que hasta un 25 % de la población que experimenta un desastre sufre consecuencias psicológicas más o menos significativas, con niños y adolescentes como los grupos más afectados. Se describen seis tipos de entidades clínicas post-desastre, procedimientos diagnósticos y modalidades de manejo psicoterapéutico, psicofarmacológico y socio-cultural. El tratamiento debe inscribirse en el contexto de un modelo de Salud Pública que reconoce diversas fases de impacto del desastre, postulados programáticos y procesos de preparación, formación, adiestramiento y evaluación de equipos multidisciplinarios de salud mental.

Palabras clave: Desastres, salud mental, salud pública, atención médica integrada, psiquiatría cultural.

ABSTRACT

The various ways by which natural disasters, such as those recently experienced in the Northern coast of Peru, impact on the emotional stability and the mental health of their victims, are described and examined. Clinical manifestations have different presentations (from mild reactions to acute, severe and chronic occurrences), with Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) showing the most typical characteristics. Epidemiological data show that up to 25 % of populations affected by a disaster suffers of more or less significant psychological consequences, with children and adolescents as the most vulnerable groups. Six types of post-disaster clinical entities are described, as well as diagnostic procedures and psychotherapeutic, psychopharmacological and socio-cultural management modalities. Treatment must take place in the context of a Public Health model that recognizes different impact phases in a natural disaster, and entails pragmatic postulates and processes of preparation, education, training and evaluation of mental health multidisciplinary teams.

Keywords: Disasters, mental health, public health, integrated medical care, cultural psychiatry.

INTRODUCCIÓN

Los diversos tipos de acontecimientos que responden al común nombre de desastres, suelen clasificarse en naturales y antropogénicos, estos últimos incluyendo eventos de naturaleza tecnológica (colapso de un edificio, accidentes aéreo o industriales) o de violencia masiva (terrorismo, masacres, bombardeos, uso de agentes químicos, biológicos, nucleares, radiológicos o explosivos de amplio rango)⁽¹⁾. El tema de este artículo se centra en los llamados desastres naturales, cuya variedad e intensidad constituyen un desafío global en esta época de cambios climáticos (muchas veces ignorados o minimizados), escasez relativa de recursos y falta de programas gubernamentales específicos o actualizados. Dentro de los desastres naturales se cuentan terremotos,

tornados, huracanes, incendios, sequías, tormentas, aludes e inundaciones. Su severidad se acentúa, en muchos casos, debido a factores más allá del control humano en términos de impredecibilidad, extensión de las áreas comprometidas y, fundamentalmente, la duración muchas veces dolorosamente prolongada de sus múltiples secuelas: muertes, desplazamientos poblacionales, crisis de vivienda, pérdidas laborales, aumento de la pobreza, desintegración familiar o comunitaria y múltiples problemas de salud.

La desoladora realidad causada por los recientes aluviones, crecida de ríos, huacos e inundaciones de villorrios y ciudades, campos de cultivo y zonas de trabajo en varias partes del norte de nuestro país como resultado del "Fenómeno del Niño Costero", está mostrando ya consecuencias sanitarias

¹Profesor Emérito de Psiquiatría, Universidad Peruana Cayetano Heredia y Mayo Clinic College of Medicine; Titular de la Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH); Miembro de Número, Academia Nacional de Medicina. ²Profesora de Psiquiatría, Escuela de Medicina Miller, Universidad de Miami, Florida, EE.UU.; Miembro Honorario, Academia Nacional de Medicina. Profesora Emérita.

que no por esperadas, dejan de ser dramáticas. Problemas de alimentación diaria y nutrición, en particular de niños, adolescentes y ancianos, exposición a las inclemencias ambientales subsecuentes, focos potenciales de infecciones y contagios con obvios riesgos epidémicos, limitaciones de la atención en salud a pesar del decidido esfuerzo de las autoridades locales y nacionales, constituyen una grave situación que, lamentablemente, recién comienza. Y dentro de ella, el impacto emocional o mental de los desastres, entrafía probablemente su componente más serio y complicado.

La presente revisión examinará la variedad de manifestaciones psicológicas o emocionales de individuos y comunidades ante el embate de desastres naturales. Las cifras epidemiológicas de situaciones similares a nivel mundial y latinoamericano serán comparadas (o calculadas) con las que se conocen respecto a la situación actual en la zona afectada de nuestro país. Además de aspectos etiopatogénicos y una descripción sucinta de diferentes cuadros clínicos post-desastre, se prestará atención especial a aspectos socio-demográficos, diagnósticos y de tratamiento, con énfasis en puntos prácticos de programación y manejo, modelos terapéuticos, personal adscrito a las tareas y medidas eventuales de prevención.

Cuando se habla de manifestaciones psicológicas post-desastre, debe señalarse anticipadamente que una significativa mayoría de personas expuestas a desastres naturales no experimentan *distress* (distrés o incomodidad) persistente o continuo, gracias al rasgo caracterológico que se conoce como resiliencia, objeto de activas investigaciones en diversos campos. Hay varios factores que promueven resiliencia^(2,3) desde predisposiciones genéticas hasta estructuras cognitivas, emociones positivas, optimismo, competencia o apoyo social, espiritualidad u objetivos existenciales. Esto no significa que muchos no presenten un cierto grado de *discomfort*, ansiedad, perturbaciones del sueño o adopción de hábitos nuevos (i.e., fumar) o conductas poco usuales (i.e., excesivo sentido crítico hacia otros, rechazo a medidas protectoras, etc.). Este tipo de reacciones, sin embargo, tiene una duración limitada (de pocas semanas), se resuelven espontáneamente o se benefician de un breve manejo farmacológico o psicológico.

De hecho, las respuestas emocionales a las que se podría asignar un sesgo clínico definido constituyen un espectro de posibilidades que cubre desde *distress* o *discomfort* reactivo hasta entidades diagnósticas definidas como el Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT).

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS GENERALES

En conjunto, las manifestaciones psicológicas en respuesta a desastres naturales se dan (con niveles diversos de severidad) en aproximadamente un 20 a 25 % de la población afectada, dependiendo en todo caso de factores individuales (como, por ejemplo, la llamada personalidad pre-mórbida), ambientales, el tipo e intensidad del desastre, la cercanía de la víctima en relación a la ocurrencia misma, la suerte corrida por

miembros de la familia nuclear, etc.⁽⁴⁾. Los miembros más frágiles o indefensos de la comunidad (niños y adolescentes, ancianos, mujeres, pacientes con enfermedades pre-existentes, agudas o crónicas) son afectados en mayor número⁽⁵⁾. No sorprende el que adultos que han vivido experiencias similares en el pasado muestren menos evidencia de problemas emocionales que aquéllos que afrontan el desastre por primera vez. La severidad de las manifestaciones clínicas puede variar en función del tipo de desastre natural: más alta en terremotos, tormentas, tsunamis e inundaciones que en incendios o tornados⁽⁶⁾.

En el caso de los niños, el riesgo se multiplica por su nivel de desarrollo cognitivo y físico, dependencia de figuras parentales, impresionabilidad y temor a ser abandonados. Las cifras de incidencia de cuadros clínicos significativos en niños en situaciones post-desastre, ascienden hasta un 15%^(6,7). Ancianos y mujeres son más propensos a reacciones ansiosas-depresivas y a acentuación de cuadros médicos pre-existentes; entre estos, postración en cama, historia de injurias previas o cuadros médicos crónicos son factores de alto riesgo. Personas desplazadas por efecto del desastre u otras atravesando por momentos difíciles o eventos vitales negativos muestran obviamente más vulnerabilidad. Por último, no debe olvidarse como potenciales víctimas post-desastre a aquellas personas que acuden inicialmente en ayuda de comunidades e individuos directamente afectados: los primeros policías, enfermero(a)s y personal médico auxiliar en la zona de desastre están más expuestos a poderosas impresiones de muerte, devastación, heridas, dolor físico etc., que pueden generar o precipitar diversas manifestaciones psicopatológicas⁽⁸⁾.

CARACTERIZACIONES CLÍNICAS

RESPUESTAS AL DISTRÉS

Incluyen una variedad de manifestaciones que, experimentadas aisladamente o en conjunto, configuran diversos niveles de severidad pero sin llegar a constituir una definida entidad nosológica psiquiátrica. A lo sumo entrarían en la antigua categoría de desórdenes conocidos como "reactivos" o "de adaptación" y que, en clasificaciones como el DSM-5⁽⁹⁾, serían parte de la sección "Otras condiciones que pueden ser foco de atención clínica" y la subsección "Problemas relacionados a otras circunstancias psicosociales, personales y ambientales" que incluyen la etiqueta "Exposición a desastres, guerras u otras hostilidades" [Código V62.22(z65.5)].

Más importante, sin embargo, es el tipo de respuestas que forman parte de este grupo: Miedo o temor persistente, insomnio (debido a hiper-vigilancia o a la incomodidad de tener que cohabitar con otras personas y sus familias en carpas o albergues), tristeza, irritabilidad, preocupación continua o leves periodos de confusión. Problemas de cierta mayor complejidad son aquellos que adicionan una variedad de síntomas somáticos o quejas físicas tales como cefalea, problemas digestivos o respiratorios, dolor generalizado o

fatiga, usualmente asociados a manifestaciones detectable de ansiedad o depresión.

CONDUCTAS DE RIESGO PARA LA SALUD

A diferencia del grupo precedente, estas conductas reflejan no solo participación deliberada y activa de la persona afectada sino también con su pleno conocimiento de las posibles consecuencias sobre su salud. Son manifestaciones que revisten mayor gravedad que las respuestas de distrés y que pueden representar etapas de transición hacia un diagnóstico psiquiátrico definido. Se ha mencionado la adquisición de nuevos hábitos como el consumo de cigarrillos y alcohol (en casos, primer paso hacia abuso de sustancias), rechazo de ayuda profesional o asistencia social, adherencia pobre a indicaciones y/o automedicación. Paradójicamente, se ha observado también como otra manifestación de este tipo, la excesiva dedicación a su labor por parte de miembros de la comunidad que se incorporaron como voluntarios en los programas de ayuda colectiva a las víctimas^(8,10).

El común denominador de estas manifestaciones es que, si no se manejan oportuna y adecuadamente, pueden evolucionar hacia cuadros más severos. Otras consecuencias de estas conductas son incremento de conflictos domésticos, agresividad y abuso físico hacia miembros de la familia, síntomas de duelo complicado (lamentos, explicaciones interminables y confusas, planes poco realistas de reparación) y reacciones de pánico breves pero intensas. En conjunto, su duración es más prolongada y pueden requerir intervenciones profesionales mínimas como se verá más abajo.

TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS

Este grupo abarca cuadros clínicos definidos e incluye, por lo tanto, condiciones más estructuradas y severas que requieren intervención profesional integral y más especializada. Un criterio aceptado para ser considerados post-desastre es que no hayan estado presentes antes del evento precipitante, aún cuando en un número de casos pueden haber pasado desapercibidos; por otro lado, la clínica psiquiátrica acepta definitivamente el caso de cuadros mayores desencadenados por situaciones estresantes marcadas y reconocidas y, en conjunto, el paso fundamental es diagnosticar el cuadro y proceder a un manejo razonable y tan completo como sea posible. Los diagnósticos más frecuentes son:

Trastorno Depresivo Mayor

Probablemente un 15 a 30% de las personas emocionalmente afectadas por un desastre natural presentarán evidencia clínica de TDM^(9,11). El inicio puede tener lugar casi inmediatamente después del evento y, aparte de un marcado ánimo depresivo (con labilidad emocional, sensación de vacío, desesperanza y profunda tristeza), el paciente experimenta creciente apatía, pérdida de interés en su actividad y

alrededores, fatiga y constantes comentarios de pesimismo y desaliento respecto al futuro, las pérdidas de propiedad o de familiares desaparecidos; este último aspecto debe inducir al clínico a considerar en un primer diagnóstico diferencial, la posibilidad de "reacción de duelo" (grief o bereavement) que, a pesar de su intensidad, es de menor duración, alterna con momentos de normalidad y no muestra pérdida de la autoestima. Ideación y conducta suicida en general⁽¹²⁾, están presentes con mucho mayor persistencia en TDM (con intentos más frecuentes y consumados en varones) debido a pensamientos negativos respecto a sí mismo, la idea de "no merecer vivir", la sensación de "fracaso" y "falta de futuro" y la incapacidad de afrontar el profundo dolor emocional causado por el desastre y sus secuelas.

Trastorno de Ansiedad Generalizada

Con una prevalencia de hasta 10% entre las víctimas de desastres naturales, el TAG se caracteriza por preocupaciones a veces incontrolables, inquietud psicomotriz, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño, fatigabilidad e incapacidad de pensar o concentrarse⁽¹³⁾. Las crisis de ansiedad son frecuentes y prolongadas interfiriendo significativamente en la vida diaria del paciente y sus familiares. Más de la mitad de los pacientes son mujeres y los síntomas ansiosos pueden ocurrir con manifestaciones depresivas.

Trastorno de Pánico

La abrupta emergencia de intenso temor e incomodidad, en materia de minutos, acompañados por una variedad de manifestaciones físicas (palpitaciones, sudoración, temblores o sacudidas, sensación de asfixia, náuseas, mareos, escalofríos, parestesias, etc.), sensación de "pérdida de control" y miedo a morir son los principales rasgos del Trastorno de Pánico (TP)⁽¹⁴⁾. Con una frecuencia de hasta 4-5%, es relevante el hallazgo de prevalencia menor (2-3%) en poblaciones hispánicas o Latinas; igualmente, en esta población (aplicable por cierto a una buena parte de las víctimas de las crecidas e inundaciones en el norte del Perú) pueden tener lugar los llamados "ataques de pánico" que pueden estar vinculados o no a TP y ocurren más frecuentemente en mujeres y en adultos jóvenes. El llamado "ataque de nervios"⁽¹⁵⁾, un síndrome cultural en poblaciones latinoamericanas, incluye además agitación psicomotriz marcada, conducta agresiva o suicida y, más característicamente, manifestaciones de despersonalización o desrealización.

Trastornos por Abuso de Sustancias

Se ha señalado arriba que una manera de contrarrestar los efectos emocionales negativos de todo desastre natural es la iniciación de hábitos como fumar o beber que, hasta cierto punto, ayudan a "aliviar" (a manera de efecto placebo) las tensiones desatadas. Sobre la base de probables predisposiciones de personalidad, temperamento o carácter, oportunidades de adquisición de la sustancia, control familiar disminuido debido

al caos reinante y otros factores, estos trastornos pueden desarrollarse mucho más frecuentemente en hombres jóvenes, en un tiempo relativamente corto y llenar los criterios clínicos generalmente aceptados: auto-control pobre, deterioro social, uso riesgoso, incapacidad de reducir o interrumpir el hábito, deseo continuo y creciente de consumo (*craving*)⁽⁶⁾. Alienación de la familia, sociabilidad con personas en igual trance y fracaso de esfuerzos de abstinencia son consecuencias predecibles. Alcohol, tabaco, cannabis y opiáceos son las sustancias más usadas (prevalencia total en situaciones post-desastre, 6 a 12%), lamentablemente accesibles merced a traficantes oportunistas y anéticos en circunstancias un tanto carentes de reglas habituales de vigilancia.

Trastornos con síntomas somáticos

Ésta es la etiqueta asignada en DSM-5 a los antiguamente llamados Trastornos Somatomorfos. Se caracterizan por manifestaciones físicas dominantes y pensamientos, sentimientos y conductas singularmente intensas y anormales por parte del paciente en su esfuerzo por explicar tales síntomas. Tal es la razón por la que estos pacientes acuden con mucho más frecuencia (y más aún, en situaciones post-desastre) a puestos o dependencias médicas, no a proveedores de cuidados de salud mental, y es conocido el hecho de que médicos no psiquiatras enfrentan serias dificultades para "comprender" tales conductas. La preocupación del paciente por su salud física es casi obsesiva (no delusiva), conciben un pronóstico catastrófico y la ansiedad en relación a todo ello es ciertamente abrumadora. La aparición del cuadro es casi inmediata en un 5-7 % de la población emocionalmente afectada y la asociación con depresión es frecuente. Las variantes clínicas más frecuentes son trastornos por ansiedad de enfermedad, conversivos y facticios⁽⁹⁾.

Trastorno por Estrés Post-traumático

Sin lugar a dudas TEPT es la más frecuente, la más severa y la más estudiada entidad clínica resultante de desastres naturales⁽¹⁶⁾, aparte de su ocurrencia en otros tipos de situaciones traumatizantes (guerras, terrorismo, violencia en diversos escenarios, etc.). Su importancia fue y es central en la adición de un nuevo grupo de trastornos en el DSM-5, los relacionados a Trauma y Agentes Estresantes, independizados ahora del antiguo grupo de Trastornos Ansiosos. Por estas razones, el texto que sigue mostrará información más detallada, detallada.

Etiopatogenia. La etiología de TEPT obedece a factores genéticos, neurobiológicos, psicológicos y socio-ambientales. La severidad del evento traumático es componente decisivo de la cadena etiopatogénica, como lo son también factores personales y ambientales predisponentes y peri-traumáticos. Es interesante señalar que la experiencia de temor intenso, desamparo u horror en respuesta al evento traumático no es más un criterio diagnóstico en el DSM-5.

Existe evidencia de que factores genéticos constituyen 30 a 72 % de la variancia en TEPT⁽¹⁷⁾ con por lo menos 17 vías involucradas en los sistemas serotoninérgico, dopaminérgico y noradrenérgico; estos hallazgos pueden explicar una vulnerabilidad genética compartida entre TEPT y esquizofrenia⁽¹⁸⁾. Una historia de susceptibilidad a TEPT (y a trastornos de ánimo y ansiedad) en familiares del paciente reafirma este tipo de causalidad, al igual que estudios de TEPT en gemelos univitelinos que alcanzan casi un 40% de variabilidad⁽¹⁹⁾, y otros que lo vinculan con rápido envejecimiento celular⁽²⁰⁾ y procesos inflamatorios⁽²¹⁾. El llamado estrés crónico o "amenaza sostenida" (i.e., temblores post-terremoto) influye decisivamente en el desarrollo de depresión ansiosa a través de cambios patológicos en moléculas, células, neurocircuitos y neurosistemas, fisiología y conducta⁽²²⁾.

Aún cuando no hay estudios específicos en víctimas de desastres naturales, investigaciones en víctimas de otros eventos traumáticos arrojan alta vinculación epigenética, es decir cambios en diversos medidores de expresividad genética, más dramáticos entre víctimas cuando comparadas con individuos no afectados. Debe señalarse, sin embargo, que estos factores pueden jugar también un rol protector contra TEPT al reforzar elementos compatibles con resiliencia.

Dentro de los factores etiopatogénicos de tipo neurobiológico son estudios neuroendocrinológicos los que han contribuido más a definir el rol de, por ejemplo, desregulación serotoninérgica o noradrenérgica en diversas manifestaciones clínicas de TEPT como ansiedad, pánico, perturbaciones oníricas y disociación. El eje hipotálamo-pituitario-adrenal, cuando activado por estrés agudo, produce más hormona liberadora de corticotropina que tiene marcados efectos ansiogénicos y conductuales⁽²⁴⁾.

Estudios neuroanatómicos y neuroimagenológicos han demostrado aumento en la actividad de la amígdala, disminución en la del hipocampo de pacientes con TEPT, actividad aumentada en la corteza cingulada anterior media y dorsal y disminuida en la corteza prefrontal ventromedial y el gyrus frontal inferior, con impacto en hipervigilancia y anomalías conductuales, y regulación de sistemas cognitivos y de alerta, respectivamente. Esto puede extenderse al área psicofisiológica con fenómenos como incremento de la actividad cardiovascular basal, parpadeo, alerta a sonidos, conductancia cutánea y potenciales evocados en el EEG. La conclusión es que varios de los principales síntomas de TEPT son debidos a un aumento de la inhibición cortical que afecta numerosos procesos de naturaleza cognitiva y sensorial y aumenta consiguientemente la vulnerabilidad a situaciones estresantes⁽²³⁾.

Datos epidemiológicos. TEPT tiene una prevalencia de 10 a 40% después de desastres de gran escala⁽²⁵⁾ y, más importante aún, puede no ocurrir inmediatamente después del evento ya que se genera más lentamente en un período de 6 a 12 meses post-desastre, con síntomas iniciales subclínicos, razón

primordial de cierta negligencia en su detección inicial y factor principal a ser examinado en situaciones como las del "Niño Costero" en nuestro país. Se describe una tendencia a la cronicidad, aún cuando ella es menos evidente en TEPT secundario a desastres, con evolución favorable en la mitad de los casos al año de seguimiento⁽²⁶⁾.

Por otro lado, la incidencia de TEPT en poblaciones latinas varía en diferentes estudios; se dice que en América Latina es menos frecuente que en otros continentes, pero hispanos o latinos en Estados Unidos, expuestos a situaciones traumáticas presentan TEPT en mayor escala, probablemente debido al impacto adicional de su estado migratorio⁽²⁷⁾. En cuanto a género y status socio-económico, TEPT parece ser más frecuente entre mujeres y poblaciones pobres, respectivamente.

Acentúa estas dificultades la posible ocurrencia del llamado Trastorno por Estrés Agudo que puede ser considerado precursor del TEPT o constituirse en una entidad autónoma; en este último caso, la distinción se establece sobre la base de tiempo de aparición (3 días a un mes después del desastre) y duración total (aproximadamente dos meses) cuando detectado y tratado apropiadamente⁽²⁸⁾.

Síntomas y signos. Las manifestaciones clínicas de TEPT obedecen, además de los señalados arriba, a factores etiopatogénicos de tipo psicológico y socio-ambiental, más inmediatamente conectados con las observaciones en salas de emergencia o de consulta ambulatorial. Hay, de hecho, procesos condicionantes vinculados con experiencias anteriores de corte traumático en la vida familiar o en el proceso de desarrollo⁽²⁸⁾. La exposición a situaciones traumáticas genera conductas evitativas, disrupción de procesos de información y problemas cognitivos en atención y memoria. Psicológicamente, se acepta también postulados de teorías basadas en la aceptación (*mindfulness*) que sostienen que la mayoría de síntomas de TEPT son debidos a un proceso de evitamiento crónico de pensamientos, sentimientos y recuerdos vinculados al trauma⁽²⁹⁾. Y desde el punto de vista socio-ambiental, apoyo familiar, afronte religioso-espiritual y elementos similares pueden ser relevantes elementos tanto patogénicos como protectores.

TEPT es una entidad compleja cuyos síntomas cubren diferentes dominios. La característica principal es su naturaleza intrusa, es decir recurrente, involuntaria y obviamente estresante con recuerdos continuos del evento traumático, pesadillas o sueño interrumpido, reacciones disociativas (*flashbacks*), atención desmedida a detalles que el paciente asocia arbitrariamente con el desastre y conducta evitativa relacionada⁽⁹⁾. Más aún, las funciones cognitivas del paciente se ven alteradas por la experiencia: hay incapacidad para recordar detalles importantes del hecho traumático (amnesia disociativa), exagerada declinación de auto-imagen y autoestima, estados emocionales negativos y sentimientos de desapego y distanciamiento afectivo. *Last but not least*, alteraciones marcadas de la reactividad en forma de hipervigilancia, irascibilidad explosiva, sobresaltos exagerados (*startle*),

problemas de concentración, conducta auto-destructiva y disturbios del sueño. Es obvio que en niños y otras víctimas frágiles, todas estas manifestaciones pueden ser más intensas y dramáticas.

Otros trastornos

Se citan en este grupo los llamados trastornos mentales orgánicos secundarios a golpes o injurias craneales o encefálicas, exposición a agentes tóxicos, deshidratación o enfermedad pre-existente. Igualmente, debe prestarse atención a deterioro cognitivo o padecimiento psicológico multiplicado en personas ya físicamente enfermas que han sufrido injurias adicionales como resultado del desastre *per se*.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Diagnóstico y tratamiento son ciertamente las acciones más importantes en el enfoque clínico de todas estas entidades. En tal contexto, se deben seguir no solo los procedimientos consagrados por la tradición de centurias, vgr. atención lo más inmediata posible, evaluación médica integral más allá del enfoque psicosomático del siglo pasado, atención prioritaria a factores de riesgo y protección, registro epidemiológico consistente, manejo psicofarmacológico y psicoterapéutico adecuado, provisión de seguimiento sistemático por todo el tiempo que sea necesario, etc. Se impone fundamentalmente contar con una serie de principios programáticos, de políticas específicas de atención médico-psiquiátrica eficiente y provisiones de carácter preventivo a cargo de un equipo multidisciplinario. Se trata, en suma, de la formulación de un modelo adecuado a las realidades y necesidades de poblaciones latinoamericanas que afrontan el azote y la amenaza de desastres naturales. Tal es el contenido de las siguientes páginas.

MODELOS PROGRAMÁTICOS

El escenario geográfico y socio-demográfico de la mayoría de la población en América Latina (y el Perú bien podría constituir un genuino modelo a nivel continental) reclama la adopción de un modelo de Salud Pública para dispensar cuidados de atención a la salud mental de personas afectadas⁽³⁰⁾. Este aserto se basa en el valor histórico del trabajo colectivo o comunitario, la presencia de líderes naturales y la auto-suficiencia frente a la adversidad, documentada por décadas de olvido, negligencia o indiferencia por parte de autoridades establecidas. Además de la necesidad de formar equipos multidisciplinarios, el modelo se constituye en base primordial de servicios integrados en emergencias de salud mental precipitadas por desastres^(31,32). Los componentes de este modelo deben incluir guías para la evaluación de víctimas, vínculos tecnológicos mínimos de comunicación entre proveedores de cuidados inmediatos y unidades de servicio más allá de la zona afectada, además de asignación de recursos apropiados para alentar y mantener grupos locales de ayuda y asistencia.

El objetivo fundamental de un modelo de Salud Mental Pública es mitigar y prevenir los efectos negativos de desastres naturales en la salud de amplios segmentos de la población⁽³³⁾. Este enfoque fortalece destrezas en el afronte de adversidades mediante acciones de prevención primaria y actividades de tratamiento post-desastre (prevención secundaria), con la participación de aquellos equipos de emergencia trabajando con grupos locales, curadores nativos y paraprofesionales debidamente supervisados. La necesidad de diferenciar entre “reacciones normales ante situaciones anormales” y signos y síntomas emergentes indicadores de psicopatología es un elemento crítico en esta fase. La prevención terciaria se orientaría ulteriormente a la asistencia de individuos con manifestaciones clínicas de tendencia crónica⁽³⁴⁾.

Adiestramiento, planificación, organización y provisión de cuidados de salud post-desastre son etapas esenciales del proceso. Muchos si no todos los países del continente poseen guías nacionales que sustentan servicios de emergencia, pero pocos han elaborado un componente razonable orientado a la salud mental^(35,36). El entrenamiento capacitará a los cuidadores en técnicas de búsqueda de casos, intervención en crisis y modalidades de referencia a etapas adicionales de manejo. Debe hacer posible igualmente, un proceso adaptativo de las víctimas a situaciones que cambian en función de fases sucesivas en el período post-desastre.

Fases del Modelo de Salud Pública para asistencia en Desastres

Las fases secuenciales de este modelo se conocen como de Amenaza, de Impacto, a Corto Plazo y a Largo Plazo. Cada una, a su vez, incluye actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria adecuadas a las necesidades de los sobrevivientes. Los trabajadores y agentes de salud conocen y usan el modelo pero pueden (y deben) modificarlo de tal modo que responda a las características de tradiciones locales, cultura, hábitos religiosos, recursos y ambientes sociopolíticos. Debe reiterarse la necesidad de un trabajo de información continua que cree conciencia colectiva de las posibilidades e inminencias de un desastre, prepare a su ocurrencia e impacto y contribuya entonces a los esfuerzos de adaptación, reconstrucción y rehabilitación de individuos, familias y comunidades. El mantenimiento de un estado de alerta más o menos permanente se basa en el trabajo conjunto de servicios de emergencia propiamente tales, educación del público a través de los medios masivos de comunicación, programas radiales de onda corta, reuniones, talleres de trabajo y conferencias. El propósito primario es educar a la población acerca de maneras de modificar los efectos de un desastre intensificando opciones de auto-cuidado y auto-validación.

Fase de Amenaza. La labor del equipo o agencias de manejo de desastres se orienta a maximizar la prevención y minimizar el daño. Comunicación, educación y coordinación preparan a comunidades e individuos para actuar durante la fase de Amenaza. Mientras más tiempo se dedica a estos preparativos, mayor es la efectividad de sus resultados.

Fase de Impacto. La puesta en acción de postulados de prevención primaria en esta fase requerirá que trabajadores y profesionales de salud y habitantes de áreas afectadas se movilicen inmediatamente para participar en esfuerzos de rescate, cobertura, protección y seguridad. La obtención de información sobre consecuencias inmediatas y mediatas en la salud mental de los afectados es crucial. Al tiempo que las prioridades de supervivencia, alojamiento, alimentación e hidratación son atendidas, los problemas de salud mental emergen, requiriendo atención que continuará, en muchos casos, por períodos más largos que lo esperado^(36,37). La siguiente es una lista de acciones o respuestas de salud pública orientadas a mitigar primariamente el impacto de un desastre sobre la salud mental de los afectados:

A) Búsqueda y Alcance (Outreach): En el período post-desastre agudo y fundamentalmente en escenarios de protección o grupos congregados en comunidades devastadas, esta acción asiste a los sobrevivientes a expresar y comprender reacciones de estrés y duelo causados por el desastre, ayudándolos a retornar a un estado manejable de equilibrio y funcionalidad⁽³⁸⁾.

B) Asistencia a familias durante sepelios: Los tipos y grados de pérdida de seres queridos, propiedades, empleo y vida familiar pueden ser abrumadores. El trabajo de prevención y manejo puede extenderse a lugares donde se mantiene a los fallecidos o en zonas comunes de entierro resultantes del miedo a epidemias. Es importante una activa colaboración con representantes de grupos religiosos o espirituales, en particular cuando no es posible encontrar o rescatar los cadáveres.

C) Asistencia a sobrevivientes en albergues (shelters): Los aspectos de salud mental a evaluar fundamentalmente en los lugares que acogen a sobrevivientes de un desastre son la capacidad de éstos para lidiar con los problemas y retos de un ambiente congestionado y la necesidad o premura de posibles intervenciones. Los agentes de salud mental deben asistir en el logro de cierto grado de comodidad física, reorganización gradual del ambiente propio del sobreviviente, alivio de frustraciones emocionales (que son multifactoriales: falta de privacidad, demoras en la asistencia, esperas prolongadas a la espera de la fase de reconstrucción, temor a más pérdidas de posesiones domésticas, entre otras). Un componente mayor de esta fase es el de los niños en centros de refugio, la necesidad de asistirlos en el proceso de adaptación al trauma del desastre en sí y de la nueva situación de vida en la que súbitamente se hallan inmersos^(39,40).

La intervención en crisis, definida como “una técnica activa orientada a restaurar la capacidad de afronte del sobreviviente y de manejo de situaciones estresantes mediante la provisión de una asistencia estructural orientada a la reorganización de un mundo cotidiano súbitamente diferente”⁽⁴⁰⁾, es elemento esencial de la prevención secundaria en esta fase. Una vez más, el apoyo debe ser sistemático, regular y constant y requiere técnicas tales como el recuento (*debriefing*) de la experiencia y su debilitamiento, alivio o “difusión”; en casos, debe extenderse a proveedores de salud que

ocasionalmente pueden experimentar también una relativamente rápida aparición de manifestaciones para-traumáticas o de *burnout*^(38,41-43). Finalmente, la *prevención terciaria* se aplica al seguimiento no solo de problemas de salud mental y física relacionados al desastre, sino de aquellos existentes antes del mismo^(44,45).

Fase del corto plazo. Esta fase está plagada de problemas de tipo social y político, disminución gradual de la ayuda internacional, frustración e insatisfacciones resultantes de lo que los sobrevivientes perciben como promesas incumplidas por parte de las autoridades. Durante las semanas y meses que suceden a un desastre natural, las medidas de *prevención primaria* implican cambios en los estilos de consulta, asistencia y programas educativos orientados a aliviar el deterioro funcional de las víctimas, particularmente mujeres/madres y niños; como las escuelas se convierten muchas veces en lugares de refugio, esta labor abarca a la llamada "población nuclear" y, aparte de padres y otros adultos, específicamente a maestros y administradores^(37,39). La frustración puede llegar, sin embargo, a violentas protestas y litigios por lo que, en el contexto de *prevención secundaria*, se recomienda programas de consejo psicológico y terapias de grupo con participación de líderes comunitarios y religiosos, apoyo psicosocial activo y participación efectiva de los medios en la provisión de mensajes informativos y esperanzadores.

Fase del largo plazo. Muchos de los casos crónicos o residuales en países de bajos recursos permanecen sin techo, sin ingresos ni asistencia, incorporándose gradualmente a los estratos no productivos de la sociedad; obviamente, la *prevención primaria* en esta situación puede ser impracticable y, paradójicamente, se reduce al uso discreto de afrontes locales o tradicionales. La *prevención secundaria* puede implementarse a través de medidas comunitarias, sociales y educativas, aparte de un seguimiento médico apropiado. Los problemas físicos y emocionales de las víctimas que llegan a este estadio no son fáciles de manejar a pesar de que su número puede haberse reducido sustancialmente: así, la *prevención terciaria* se constituye entonces solamente a base de medidas de asistencia social, apoyo religioso o participación de organizaciones voluntarias.

ENFOQUES DIAGNÓSTICOS

La presentación clínica de TEPT y varios de los otros cuadros que emergen en respuesta a desastres naturales varía desde temor y agitación emocional extrema ante el recuerdo de la experiencia traumática o la idea de que ella se repita hasta un estado de ánimo disfórico o anhedónico y funciones cognitivas claramente disminuidas o distorsionadas. Reactividad extrema frente a estimulación ambiental de severidad menor o síntomas disociativos marcados pueden ser también parte del cuadro clínico inicial. Se ha mencionado ya una franca conducta evitativa de situaciones que, de algún modo, retrotraigan la experiencia traumática a la mente del paciente. Síntomas físicos variados (llamados también "equivalentes somáticos")⁽⁴⁶⁾, incapacidad de experimentar emociones positivas,

conducta agresiva verbal o física. En niños, se observan manifestaciones regresivas tales como olvido o entorpecimiento del lenguaje y en adolescentes y adultos, ideación paranoide o pseudo-alucinaciones auditivas.

La expresión sintomática puede demorar hasta tres meses después del trauma. Por otro lado, el clínico debe evaluar factores pre-, peri- y post-traumáticos tanto temperamentales como ambientales, así como aspectos culturales de la experiencia traumática y su recuento: contexto, modelos explicativos o causales utilizados por pacientes y familiares. La evaluación de riesgo suicida es mandatoria dada la vigencia de potentes elementos depresivos, pérdida de la auto-estima y carencia de apoyo socio-familiar. Finalmente, los temas de comorbilidad y diagnóstico diferencial son sumamente relevantes pues no solo influyen en la estimación de severidad sino en decisiones de manejo que pueden variar de manera significativa: depresión, ansiedad, obsesividad-compulsividad, personalidad anormal, conversión/disociación, psicosis o injuria cerebral son algunos de los cuadros a ser considerados en esta fase del proceso diagnóstico^(1,9,23,47).

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

La intervención temprana a nivel comunitario es conocida como Primeros Auxilios Psicológicos^(48,49) orientados a la promoción de calma, seguridad, eficacia colectiva, comunicación sólida, conectividad social y esperanza. Es importante reunir información confiable de necesidades, preocupaciones y expectativas y, de manera especial, prestar atención a la ocurrencia de genuinas condiciones clínicas o trastornos mentales. En este sentido, las modalidades de tratamiento entrañan el uso adecuado de medicaciones y afrontes psicoterapéuticos. Las recomendaciones de manejo adquieren significado especial en el caso de niños y adolescentes⁽⁵⁰⁾. Se ha demostrado, en términos generales, que la participación de los padres y un manejo combinado con psico- y fármacoterapia, son factores de gran importancia en este proceso.

Tratamiento psicofarmacológico

Westfall y Nemeroff⁽⁵¹⁾ citan evidencia de cinco estudios que demuestran efectividad de hidrocortisona (20 mg. dos veces al día por vía oral y por 10 días) y de uno con una sola dosis de 140 mg. por vía endovenosa no más de seis horas después del evento potencialmente traumático, en la *prevención* de TEPT, con subsecuente reducción de síntomas depresivos. Obviamente, esta táctica así como el uso de morfina en casos de dolor extremo, deben aplicarse con suma prudencia.

El uso de medicación en cuadros clínicos post-desastre ha seguido tanto la trayectoria histórica de la psicofarmacología cuanto la de la respectiva nosología. Dicho en otros términos, la caracterización clínica de depresión, ansiedad o TEPT ha sido manejada a lo largo del tiempo, primero con

tricíclicos, inhibidores de la monoamino-oxidasa o neurolépticos clásicos y después con los llamados antipsicóticos atípicos o los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y/o norepinefrina. Un buen número de ensayos randomizados ha demostrado efectos positivos de fluoxetina, sertralina, paroxetina, venlafaxina y mirtazapina luego de periodos de tratamiento de hasta seis meses de duración. Prazosina, agente antagonista alfa-1-adrenérgico, combinado con un antidepresivo, ha mostrado efectividad en el control de pesadillas en TEPT, en tanto que trazodona muestra escasa acción antidepresiva pero opera bien como inductor de sueño. Debe mencionarse que varios de los hallazgos en farmacoterapia de casos post-desastre son, a veces, contradictorios, como sucede con imipramine, citalopram y escitalopram^(23,51).

El incremento del tono noradrenérgico en adultos con TEPT sugiere el uso de agonistas de receptores alfa-2 (i.e., clonidine y guanfacina, pero la evidencia hasta el momento no es suficiente⁽⁵²⁾). Otros agentes psicofarmacológicos han dado resultados diversos. Por ejemplo, varios antipsicóticos (olanzapina, quetiapina y risperidona) utilizados en TEPT sugieren un rol adjunto útil en la regularización del sueño, reducción de agresividad y agitación o intranquilidad; sin embargo, la ocurrencia de efectos secundarios más o menos desagradable es siempre una posibilidad a tenerse en cuenta, por lo que se recomienda monoterapia y se sugiere discreción en consideraciones de un mejor efecto clínico si se combinan medicaciones potentes. Sucede lo mismo con estudios sobre prazosina para el manejo de problemas con la calidad del sueño⁽⁵³⁾.

Anticonvulsivantes y bloqueadores beta (vgr., carbamazepina, valproato, gabapentina, topiramato, etc.) y bloqueadores beta, tipo propranolol, son conocidos por su acción estabilizadora del ánimo (a la manera de sales de litio) pero las opiniones acerca de su eficacia están divididas. El rol de sedantes tipo benzodiazepinas (vgr. alprazolam, clonazepam, temazepam, etc.) tampoco está del todo definido pero se reconoce su acción ansiolítica en el corto plazo; el clínico debe tener presente, sin embargo, posibles manifestaciones de abstinencia en la etapa de discontinuación, los riesgos de su uso en personas con historia previa de uso o abuso y la posibilidad de los llamados “síntomas de rebote”⁽⁵¹⁾.

Aparte de la necesidad de una cuidadosa administración de estos medicamentos (en particular antidepresivos, los más efectivos) en contextos espacio-temporales diversos, debe tenerse en cuenta observaciones valiosas como el efecto favorable de antidepresivos y antipsicóticos en el fortalecimiento de la resiliencia, así como mejoría de las conductas evitativas con el uso de fenelzina. En todo caso, el tratamiento farmacológico no debe ser declarado inefectivo antes de un periodo de ocho semanas, debe extenderse, deseablemente, por no menos de un año, debe evitarse la polifarmacia o en su defecto, planearla cuidadosamente. Asimismo, es necesario evitar una suspensión prematura del medicamento y se debe conducir un seguimiento cuidadoso del caso.

Manejo psicológico o psicoterapéutico

Una primera advertencia en este terreno es la de evitar procedimientos como solicitar el llamado “recuento” (*debriefing*) de la experiencia traumática (en este caso del desastre y sus consecuencias) por parte del paciente; se han descrito riesgos de un “estrés traumático secundario” tanto en pacientes como en los propios proveedores de cuidados médico-psicológicos⁽⁵⁴⁾. El desenlace a largo plazo de manejos psicológicos de estados post-trauma parece estar determinado por la disponibilidad de apoyo social calificado y la intensidad de presiones que el paciente enfrenta durante el periodo de recuperación^(55,56).

El enfoque psicológico mejor estudiado y validado es el de las terapias cognitivo-conductuales (TC-C) cuyo propósito fundamental es la re-estructuración de “creencias disfuncionales” (o “interpretaciones irracionales”) generadas por la experiencia traumática, proceso ejecutado en un ambiente de empatía, comprensión y apoyo incondicional. La adición de terapia de exposición (vía “realidad virtual”)⁽⁵⁷⁾ ha redoblado el éxito de la TC-C en el manejo de síntomas ansiosos, depresivos y disturbios del sueño⁽⁵⁸⁾. TC-C enfocada en el trauma y ejecutada en el contexto del grupo familiar ha probado ser efectiva⁽⁵⁹⁾. Algunos de estos procedimientos han sido incluso aplicados exitosamente en el contexto de grupos y de técnicas a distancia (i.e., video-tele-conferencias, TC-C basada en Internet, etc.)^(60,63).

La llamada terapia psicodinámica enfocada en el trauma (adaptación a corto plazo, de la psicoterapia dinámica clásica) ha mostrado promisoría eficacia⁽⁶⁴⁾. El objetivo es lograr una integración significativa de la experiencia traumática en el esquema de vida del sobreviviente, reduciendo así la frecuencia e intensidad de los síntomas de intrusión y evitamiento. Una alianza terapéutica consistente y sólida es componente esencial de este enfoque, en conjunción con el uso razonable de medicaciones. Tiene además ventajas sobre el manejo psicodinámico tradicional que todavía enfatiza la interpretación del evento traumático por parte del paciente como el determinante crítico de los síntomas, es decir como causa y no como efecto. Exposición lenta y gradual, confrontación y alerta hacia los efectos negativos del evento pueden tener resultados favorables, aunque se recomienda prudencia en el manejo a fin de evitar efectos ansiógenos abrumadores o estrategias maladaptativas de afronte.

Hay también terapias no focalizadas en el trauma sino en concomitantes tales como ansiedad, manejo de estrés, relajación y terapia de apoyo⁽⁶⁵⁾. En víctimas de desastres, se recomienda ejercicios de relajación muscular, auto-distracción o “parada a los pensamientos” (*thought stopping*), control de la respiración, respiración diafragmática, auto-diálogo guiado, imagería visual y entrenamiento en “inoculación de estrés”. El objetivo de todas estas técnicas es el de mejorar el manejo de afectos negativos y, en cierto modo, preparar al paciente para terapias más enfocadas en la experiencia traumática.

Manejo de aspectos culturales

La singular manera en que las víctimas experimentan, responden y expresan el sufrimiento post-desastre responde a postulados culturales (religión, lenguaje, tradiciones y creencias, valores, costumbres y prácticas éticas) multigeneracionales y configura un aspecto importantísimo de la evaluación^(9,66,68). Estas variables juegan también un rol mayor en estilos de afronte del desastre (hiperansioso, supuestamente indiferente, con mayor o menor número de manifestaciones somáticas y “explicaciones” de la respuesta total) y en la mayor o menor resiliencia que se pone en juego. Debe tenerse en cuenta que muchas personas no van a comunicarse abiertamente desde el primer momento con un “extraño” (el proveedor de cuidados de salud). El tema de estigma tiene un poderoso impacto en estas situaciones. De hecho, se recomienda que los agentes de salud ejerciten un “auto-análisis cultural” que les permita estar alertas a cómo sus propios valores influyen en su desempeño profesional y en su respuesta al padecimiento de sus pacientes⁽⁶⁹⁾.

En el momento actual, se cuenta con mejores recursos para incluir un efectivo manejo de los aspectos culturales de situaciones post-traumáticas. La quinta edición del DSM⁽⁹⁾ incluye la llamada Entrevista para la Formulación Cultural que, si apropiadamente aplicada como parte del interrogatorio clínico inicial, puede proporcionar valiosa información respecto a identidad cultural de la víctima, su percepción personal de los eventos, los modelos explicatorios y causales respecto al desastre y a sus secuelas, incluyendo sus propios síntomas mentales, modalidades de búsqueda de ayuda, manera de relacionarse con figuras “de autoridad” como el agente de salud y expectativas respecto al resultado del tratamiento⁽⁶⁶⁾. El manejo integral de cada caso ha de incluir, de ser posible, las llamadas “psicoterapias culturales”⁽⁷⁰⁾ que tengan en cuenta aspectos relevantes del *background* del paciente y su familia.

DISCUSIÓN

Los temas examinados en estas páginas ponen de relieve el multifacético panorama de factores predisponentes, causas mediatas e inmediatas, efectos tempranos y prolongados, impacto médico y psicológico, individual y colectivo y la trascendencia social e histórica de desastres como los del “Niño Costero” en nuestra patria. Las consecuencias sobre la salud mental de millones de personas aún no se conocen plenamente pero existe acuerdo en la necesidad de atisbar tales realidades, afrontarlas prontamente y estructurar un proceso de preparación para el manejo de situaciones por venir. Ello incluye la formulación (o actualización) de programas de atención a emergencias, la constitución y adiestramiento de equipos multidisciplinarios, la actualización de técnicas de tratamiento en situaciones de crisis, de prevención secundaria factual y de seguimiento a corto y largo plazo, incluidos trabajo de campo y visitas domiciliarias. De la mano con labores de reconstrucción de casas, caminos y comunidades enteras, de cuidados de nutrición e hidratación,

de atención médica y alivio ocupacional y económico, la presencia de equipos multidisciplinarios de salud mental se erige en componente esencial de un manejo integral, realista y pragmático de la etapa post-desastre. Su intervención debe adecuarse y materializarse en base a las necesidades debidamente identificadas de los sobrevivientes⁽⁷¹⁾.

Uno de los más importantes aspectos en éste y en todo proceso clínico es la formulación de un diagnóstico certero. Si bien las etiquetas de cuadros relacionados a situaciones traumáticas han variado en nomenclaturas como el DSM-5, su validez es aceptada casi universalmente. No obstante, llama la atención el que el grupo de trabajo a cargo de la 11a. edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) haya reintroducido el argumento de que TEPT, por ejemplo, es más un constructo social que una entidad clínica definida, a pesar de décadas de investigación conjunta, neurobiológica, clínica y socio-cultural⁽⁷²⁾. De su lado, críticos del DSM-5 cuestionan el valor clínico de los criterios diagnósticos adoptados para TEPT, llamándolos “artificiosos” por utilizar lo que consideran “la metáfora de lo traumático”, resultado de “la intercalación de contribuciones fragmentarias y en cierto modo divorciadas unas de otras”⁽⁷³⁾.

El énfasis en diferencias a veces totalmente incompatibles entre enfoques conceptuales parece responder más a factores e intereses extra-clínicos; el que estados post-trauma reflejen disfunciones neurobiológicas, disociaciones, problemas cognitivos, disregulación emocional, percepciones culturales o desequilibrio moral no descarta su existencia como entidad clínica en necesidad de diagnóstico y tratamiento efectivos, ya que su presencia es cada vez más evidente a nivel global⁽⁷⁴⁾. Por otro lado, un buen número de correlatos neurobiológicos, aún cuando en necesidad de mayores precisiones tales como tipo de trauma, edad de ocurrencia y neurodinámica de afectos, mantiene abierta la posibilidad de marcadores biológicos (fundamentalmente procedentes de estudios genéticos, epigenéticos y neuroimagenológicos) para este tipo de cuadros^(75,76).

La investigación de estados clínicos post-traumáticos arroja cada vez más fascinantes resultados, con diversas implicaciones terapéuticas, pronósticas y preventivas. Aun cuando no carente de objeciones que las señalan como factores de riesgo y no consecuencias del trauma (en niños víctimas de violencia), los déficits cognitivos⁽⁷⁷⁾ deben ser cuidadosamente evaluados y tratados. Es evidente que experiencias traumáticas en infancia y adolescencia comprometen futuras capacidades de auto-protección, auto-suficiencia y procesamiento de información, más aún en ausencia de apoyo parental sostenido. El resultado es la irrupción de mecanismos psicológicos de omisión o de inclusión excesiva de modo que, cuando adulto, el individuo es vulnerable a problemas emocionales post-traumáticos: las amenazas estresantes se conectan con los peligros o riesgos experimentados en la niñez y, en base a la presencia o ausencia de figuras de apego (padres u otros seres queridos) durante el proceso de desarrollo mental y emocional, se posibilita una identificación temprana de riesgos, prevención y manejo de TEPT y cuadros similares⁽⁷⁸⁾.

En una época en la que se acepta con mayor convicción que “no hay salud sin salud mental”, la noción de que “no hay salud mental sin enfoque cultural” debe ser añadida con igual énfasis. En situaciones como los recientes desastres en la costa norte del Perú, que han afectado a poblaciones urbanas y rurales, acomodadas y desposeídas, las consideraciones de tipo cultural deben manejarse con la misma determinación con que se usan conceptos neurobiológicos o clínicos.

CONCLUSIONES

El impacto emocional de desastres naturales genera un espectro de respuestas que van desde la vigencia de una resiliencia innata hasta la presentación de cuadros clínicos sumamente severos y a veces catastróficos, cuya etiopatogenia es multiforme y compleja. Experiencias clínicas y estudios epidemiológicos demuestran claramente la necesidad de explorar las consecuencias emocionales y mentales de estos

eventos en el corto, mediano y largo plazo ya que, en buen número de casos, tales consecuencias no aparecen inmediatamente después del desastre. Las dependencias gubernamentales y las organizaciones voluntarias deben contar con programas actualizados de preparación y adiestramiento, y utilizarlos coordinadamente en equipos deseablemente multidisciplinarios capacitados para intervenciones de todo tipo, dentro de un modelo de Salud Pública, sistemática y adecuadamente implementado. Un diagnóstico cuidadoso de los diferentes cuadros clínicos debe preceder a un tratamiento efectivo que incluya procedimientos psicoterapéuticos, farmacológicos y, sobre todo y de ser posible, la participación activa de grupos familiares o comunitarios de apoyo y seguimiento, en particular en el manejo de niños, adolescentes, mujeres, ancianos y personas con problemas médicos o psiquiátricos concomitantes. El uso de conceptos culturales en el manejo clínico global es de importancia esencial para un manejo integral y un sólido enfoque preventivo de estas condiciones.

Referencias bibliográficas

- West JC, Benedek DM, Hamaoka DA, Ursano RJ. Managing psychological consequences in disaster populations. En: A. Tasman, J. Kay, JA Lieberman, First MB & Riba MB (Eds.) *Psychiatry, Fourth Edition*, 2015:2521-2532. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons.
- Longstaff PH. Security, resilience, and communication such as terrorism, natural disasters and complex technology in unpredictable environments. Boston, MA: Center for Information Policy Research, Harvard University, 2005.
- Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. The construct of Resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Dev.* 2000;71(3):543-562.
- Guhar-Sapir D, Hoyois P, Below R. Annual Disaster Statistical Review 2015. The numbers and trends. Brussels: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED), 2016.
- Kar N, Bastia BK. Post-traumatic stress disorder, depression and generalized anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clin Pract Epid Ment Health*, 2006;2:17-25.
- Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, et al. 60,000 disaster victims speak. Part I. An empirical review of the empirical literature 1981-2001. *Psychiatry*, 2002;65(3):207-239.
- Cohen JP, Mannarino AP, Gibson LE, et al. Interventions for children and adolescents following disasters. En: EC Ritchie, PJ Watson & MJ Friedman (Eds.) *Interventions following mass violence and disasters*, New York, NY: Guilford Press. 2007:227-256.
- Fullerton CS, Ursano LJ, Wang L. Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder and depression in disaster or rescue workers. *Am J Psychiatry*, 2004;161(8):1370-1376.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- Thormar SB, Gersons BPR, Juan B, Djakababa MN, Karlsson T, Olf M. The impact of disaster work on community volunteers: The role of peritraumatic stress, level of personal affectedness, sleep quality and resource loss, on post-traumatic stress disorder symptoms and subjective health. *J Anx Disord.* 2014; 28(8):971-977. doi:10.1016/j.janxdis.2014.10.006.
- Hussain A, Weisaeth L, Heir T. Psychiatric disorders and functional impairment among disaster victims after exposure to a natural disaster: a population based study. *J Affect Disord.* 2011; 28(1-2):135-141. doi:10.1016/j.ad.2010.06.018.
- SAMHSA Disaster Technical Assistance Center, *Supplemental Research Bulletin*. Issue 5: Traumatic Stress and Suicide after Disasters. Washington DC, August 2015.
- Rataj E, Kunzweiler K, Garthus-Niegel S. Extreme weather events in developing countries and related injuries and mental health disorders: A systematic review. *BMC Public Health* 2016; 16: 1020. doi:10.1186/s12889-016-3692-7.
- Auf der Heide E. Common misconceptions about Disasters: Panic, the “Disaster Syndrome”, and Looting. En: M. O’Leary (Ed). *The first 72 hours: A community approach to Disaster Preparedness*. Lincoln, NE: Universe Publishing, 2004.
- Lewis-Fernández R, Guarnaccia PJ, Martínez IE, Salmán E, Schmidt A, Liebowitz M. Comparative phenomenology of ataque de nervios, panic attacks and panic disorder. *Cult Med Psychiatry* 2002;26:199-223.
- Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorders following disasters: a systematic review. *Psychol Med.* 2008; 38(4):467-480. doi:https://doi.org/10.1017/S00332991707001353.
- Pitman RK, Rasmusson AM, Koenen KC, et al. Biological studies of post-traumatic stress disorder. *Nat Rev, Neurosc.* 2012;13:769-787.
- Duncan LE, Ratanatharathorn A, Alello AE, Almlí LM, Amstadter AB, Ashley-Koch AE, et al. Largest GWAS of PTSD (N=20,070) yields genetic overlap with schizophrenia and sex differences in heritability. *Mol Psychiatry*. 2017; Advanced online publication. doi: 10.1038/mp.2017.77.
- Koenen KC, Fu QJ, Ertel K, et al. Common genetic liability to major depression and posttraumatic stress disorder in men. *J Affect Dis.* 2008;105:109-115.
- Roberts AL, Koenen KC, Chen Q, et al. Posttraumatic stress

- disorder and accelerated aging: PTSD and leukocyte telomere length in a sample of civilian women [Published online ahead of print April 5, 2017]. *Depress Anxiety*. doi:10.1002/da.22620.
21. **Rosen R, Levy-Carrick N, Reibman J, et al.** Elevated C-reactive protein and posttraumatic stress pathology among survivors of the 9/11 World Trade Center attacks. [Published online ahead of print January 14, 2017]. *J Psych Res*. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.01.007.
 22. **Ross DA, Arbuckle MR, Travis MJ, Dwyer JB, van Schalkwyk GI, Ressler KJ.** An integrated neuroscience perspective on formulation and treatment planning for posttraumatic stress disorder: An educational review. [Published online ahead of print March 8, 2017]. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3325.
 23. **Fulton JJ, Calhoun PS, Beckman JC.** Trauma- and Stressor-related Disorders: Posttraumatic Stress Disorder, Acute Stress Disorder, and Adjustment Disorder. En: A. Tasman, J. Kay, JA Lieberman, First MB & Riba MB (Eds.) *Psychiatry*, Fourth Edition. Chichester, West Sussex, UK: John Wiley & Sons, 2015(1):1143-1169.
 24. **Tafet G.** Psiconeuroendocrinología del estrés y la depresión: Interacciones entre factores biológicos, psicológicos, genéticos y ambientales. *Acta Psiquiatr Psicol Am Latina*. 2016; 62(3):180-194.
 25. **North CS.** Psychiatric epidemiology of disaster responses. En: RJ Ursano & AE Norwood (Eds.) *Trauma and Disaster: Responses and Management*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2003(22):37-55.
 26. **Santiago PN, Ursano RJC, Gray CL, et al.** A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma-exposed population: intentional and non-intentional traumatic events. *PLoS One* 8, e59236, 2013.
 27. **Adams RE, Boscarino JA.** Differences in mental health outcomes among Whites, African Americans and Hispanics following a community disaster. *Psychiatry*. 2005;68(3):250-265. doi: 10.1521/psyc.2005.68.3.250.
 28. **Gibson LE, Cooper S, Reeves LE, Anglin DM, Ellman LM.** The association between traumatic life events and psychological symptoms from a conservative, transdiagnostic perspective. [Published online ahead of print February 23, 2017]. *Psychiatry Res*. doi:10.1016/j.jagp.2017.02.017.
 29. **Boden MT, Bernstein A, Walser RD, Bui L, Alvarez J, Bonn-Miller MO.** Changes in facets of mindfulness and posttraumatic stress disorder treatment outcome. *Psychiatry Res*. 2012;200(2):609-613. doi:10.1016/j.psycres.2012.07.011.
 30. **Cohen RE.** Implementation of Mental Health Programs for survivors of natural disasters in Latin America. En: G. Reyes G & G.A. Jacobs (Eds.) *Handbook of International Disaster*, Hartford, CT: Praeger, 2006(2):4.
 31. **Lima B.** Manual para el trabajador de Atención Primaria en Salud Mental para víctimas de desastres. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública, 1987.
 32. **Myers DG.** Disaster response and recovery. A Handbook for Mental Health professionals. DHHS Publication SMA 94-3010. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1994.
 33. **Lima BR, Chávez H, Samaniego N, Pal S.** Trastornos psiquiátricos en víctimas de desastres en el Ecuador. *Bol Of Sanit Panam*. 1992;113(1):28-34.
 34. **Logue J, Hansen H, Struengleng E.** Some indications of the long-term health effects of a natural disaster. *Pub Health Rep*. 1981;96:67-69.
 35. **Cohen RE.** Salud Mental y el impacto de desastres. En: RD Alarcón, G. Mazzotti & H. Nicolini (Eds.). *Psiquiatría*, 3a. Edición. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud, 2012:997-1000.
 36. **Hartshough DM.** Stress and mental health interventions in three major disasters. En: DM Hartsough & DG Myers (Eds) *Disasterwork and mental health: Prevention and control stress among workers*. DHHS Publication ADM 85-1422, pp. 1-44. Rockville, MD: National Institute of Mental Health, 1985.
 37. **Green BL, Grace MC, Lindy JD, Gleser GD, Leonard AC, Kramer TL.** Buffalo Creek survivors in the second decade: Comparison with unexposed and nonlitigant groups. *J Appl Soc Psychol*. 1990;20:1033-1050.
 38. **Cohen RE.** Interventions with disaster victims. En: M. Killie & HS Shulberg (Eds.) *The modern practice of Community Mental Health*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1982:397-441.
 39. **Green BL, Korol M, Grace M, Vary MG, Leonard AG, Gleser GC, et al.** Children and disaster: Age, gender and parental effects on PTSD symptoms. *J Am Acad Child & Adol Psychiatry*. 1991;30:945-951.
 40. **Cohen RE.** Mental Health services in disasters: Manual for humanitarian workers, Document 12855; Instructor's Guide, Document 12856. Retrieved February 17, 2005 from <http://cidbimen-desastres-stfl-ages/ind-ph?200406llo>.
 41. **Kenardy JA, Webster RA, Lewin TJ, Carr VJ, Hazell PL, Carter GL.** Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *J Traumat Stress*. 1996;9:33-49.
 42. **Mitchell JS.** Crisis worker stress and burnout. En: JS Mitchell & HLP Resnik (Eds.) *Emergency response to crisis*, London: Prentiss-Hall International, 1986.
 43. **Barron RA.** Psychological trauma and relief workers. En: S. leaning, M. Briggs & LC Chen (Eds.) *Humanitarian crises: The medical and public health response*. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1999:143-175.
 44. **Shalev AY, Bonne O, Eth S.** Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A review. *Psychosom Med*. 1996;58:165-182.
 45. **Ursano KJ, Fullerton CS, Norwood AE.** Psychiatric dimensions of disaster: Patient care, community consultation and preventive medicine. *Harv Rev Psychiatry*. 1995;3:196-209.
 46. **Fiestas F, Ladd G, Gallo C, Guimas B, Poletti G, Valsberg A.** La patología afectiva ansiosa y somática en la América Andina. En: P. Ruiz & M. Casas (Eds.). *Salud Mental en el paciente de la América Andina*. Barcelona, España: Editorial Glosa, 2009:209-235.
 47. **Norris FH, Stevens SP, Pfefferbaum B, Wyche KF, Pfefferbaum RL.** Community resilience as a metaphor, theory, set of capacities and strategy for disaster readiness. *Am J Comm Psychol*. 2008;41(1):127-150. doi:10.1007/s10464-007-9156-6.
 48. **Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, et al.** Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. 2007;70(4):283-325.
 49. **Brymer M, Jacobs A, Layne C, et al.** *Psychological First Aid: Field Operations Guide*, 2nd. Edition. Los Angeles, CA: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, 2006.
 50. **Imran N, Haider II, Azeem MW.** When memories become malignant: An update on Posttraumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. *Psychiatr Annals*. 2017;47(3):139-

144. doi: 10.3928/00485713-20170208-01.

51. **Westfall NC, Nemeroff CB.** State-of-the-Art prevention and treatment of PTSD: Pharmacotherapy, psychotherapy, and nonpharmacological somatic therapies. *Psychiatr Annals.* 2016;46(9):533-549. doi:10.3928/00485713-20160808-01.
52. **Belkin MR, Schwartz TL.** Alpha-2 receptor agonists for the treatment of posttraumatic stress disorder. *Drugs Context.* 2015;4:212-286.
53. **Khachatryan S, Groll D, Booij L, Sepehry AA, Schutz CG.** Prazosin for treating sleep disturbances in adults with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry.* 2016;39:46-52.
54. **Peebles-Kleiger MJ.** Pediatric and neonatal hospitalization as traumatic stressor: implications for intervention. *Bull Menninger Clinic.* 2000;64:257-280.
55. **Sayed S, Iacoviello BM, Charney DS.** Risk factors for the development of psychopathology following trauma. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(8):612-615.
56. **Westfall NC, Nemeroff CB.** The preeminence of early life trauma as a risk factor for worsened long-term health outcomes in women. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(11):90-96.
57. **Gerardi M, Cukopr J, Difede J, Rizzo A, Rothbaum BO.** Virtual Reality Exposure for Post-Traumatic Stress Disorder and other anxiety disorders. *Curr Psychiatr Rep.* 2010;12(4):298-305.
58. **Brownlow JA, Harb GC, Ross RJ.** Treatment of sleep disturbances in posttraumatic stress disorder: A review of the literature. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(6):41-46.
59. **Schneider SJ, Grilli SF, Schneider JR.** Evidence-based treatments for traumatized children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep.* 2013;15(1):332-334.
60. **Rothbaum BO, Meadows EA, Resick PA, et al.** Cognitive-behavioral Therapy. En: EB Foa, TM Keane, MJ Friedman et al. (Eds.). *Effective treatment for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies.* New York, NY: Guilford Press, 2000:320-325.
61. **Morland LA, Hynes AK, Mackintosh MA et al.** Group cognitive processing therapy delivered to veterans via telehealth: a pilot cohort. *J Traumat Stress* 2011;24:465-469.
62. **Botella C, Serrano B, Baños RM, García-Palacios A.** Virtual reality exposure-based therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder: A review of its efficacy, the adequacy of the treatment protocol, and its acceptability. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2015;11:2533-2545.
63. **Knaevelsrud C, Brand J, Lange A, Ruwaard J, Wagner B.** Web-based psychotherapy for posttraumatic stress disorder in war-traumatized Arab patients: randomized controlled trial. *J Med Internet Res.* 2015;17(3):e-71.
64. **Shea MT, McDevitt-Murphy M, Ready DJ, et al.** Group Therapy. En: EB Foa, TM Keane, MJ Friedman et al. (Eds.). *Effective treatment for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies, 2nd edition,* New York, NY: Guilford Press, 2009:306-326.
65. **Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, et al. (Eds.).** *Effective treatment for PTSD. Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies, 2nd. Edition.* New York, NY: Guilford Press, 2000.
66. **Alarcón RD. (Ed.)** *Cultural Psychiatry.* Basel, Switzerland: Karger, 2013.
67. **Group for the Advancement of Psychiatry, Committee on Cultural Psychiatry.** *Cultural Assessment in Clinical Psychiatry.* Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2002.
68. **Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Hinton L. et al. (Eds.)** *DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview.* Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2016.
69. **Hashmi AM, Ali AA, Vowell DR, Khawaja IS.** Understanding and treating Posttraumatic Stress Disorder in the global village. *Psychiatr Annals.* 2017;47(3):128-133. doi: 10.3928/00485713-20170207-01.
70. **Alarcón RD, Frank JB, Williams M.** Cultural dynamics in psychotherapy and cultural psychotherapies. En: RD Alarcón & JB Frank (Eds.). *The Psychotherapy of Hope. The legacy of Persuasion and Healing.* Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2012:281-309.
71. **Holder N, Suris A, Holliday R, North CS.** Principles of mental health intervention for survivors of major disasters. *Psychiatr Annals.* 2017;47(3):124-127. doi:10.3928/00485713-20170202-01.
72. **Vermetten E, Baker DG, Jetly R, McFarlane AC.** Concerns over divergent approaches in the diagnostics of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatr Annals.* 2016;46(9):498-509. doi: 10.3928/00485713-20160728-02.
73. **Levy Yeyati E.** Trastorno por estrés postraumático: cambios significativos en el DSM-5. *Vertex.* 2014;25:68-72.
74. **Rodríguez JJ, Kohn R.** Use of mental health services among disaster survivors. *Curr Op Psychiatry.* 2008;21(4):370-378. doi: 10.1097/YCO.0b013e328304d984.
75. **Pape JC, Binder EB.** The role of Genetics and Epigenetics in the pathogenesis of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatr Annals.* 2016;46(9):510-518. doi: 10.3928/00485713-20160729-02.
76. **Grupe DW, Heller AS.** Brain imaging alterations in Posttraumatic Stress Disorder. *Psychiatr Annals.* 2016;46(9):519-526. doi: 10-3928/00485713-20160803-01.
77. **Danese A, Moffit TE, Arseneault L, Bleiberg BA, Dinardo PB, Gandelman SB, et al.** The origins of cognitive deficits in victimized children: Implications for neuroscientists and clinicians. *Am J Psychiatry.* 2017;174(4):349-361.
78. **Crittenden PM, Heller MB.** The roots of chronic Posttraumatic Stress Disorder. Childhood trauma, information processing, and self-protective strategies. [First published February 17, 2017] <http://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2470547016682965>.