

# ESTUDIO DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PERSONAL DE SALUD QUE HA PARTICIPADO EN EVENTOS CON VÍCTIMAS MÚLTIPLES

## REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 1515-3460

Buenos Aires

Vol 4 | Núm 9 | Ago 2016

Páginas 40-49.

Recibido: 23/03/2016

Aceptado: 02/05/2016

1 Médica de staff Unidad de Terapia Intensiva H. G. A. D. Vélez Sarsfield

2 Médica clínica del Departamento de Urgencia H. G. A. D. Vélez Sarsfield

3 Psicóloga del Departamento de Urgencia H. G. A. D. Vélez Sarsfield

4 Médico de Unidad de Terapia Intensiva H. G. A. D. Vélez Sarsfield. Presidente de la Sociedad Argentina de Medicina.

Los autores expresan no poseer conflicto de intereses.

## STUDY ON POST-TRAUMATIC STRESS IN HEALTHCARE STAFF INVOLVED IN INCIDENTS WITH MULTIPLE VICTIMS

Abaz Bibiana<sup>1</sup>, Babbino Virginia<sup>2</sup>, Volpi Marcela<sup>3</sup>, Orlando Gabriel<sup>2</sup>, Valdez Pascual<sup>1</sup>.

### RESUMEN

**Introducción** en cada catástrofe siempre quedan secuelas en el individuo, en la colectividad y en el medio. Pero también puede haber secuelas en los testigos o en los trabajadores de la salud que participan en el evento.

**Objetivos** detectar prevalencia de trastorno de estrés postraumático (TEPT) y sus consecuencias en trabajadores de la salud que han participado alguna vez en un evento con víctimas múltiples (EVM). **Material y métodos:** Encuesta autoadministrada en trabajadores de la salud vinculados a la atención de emergencias. Muestreo azarizado.

**Resultados** 128 profesionales. Predominio femenino (59%). La media de edad fue 36,6 años, y la de trabajo en el área de emergencias: 18,2 años. Médicos: 53,12 %, enfermeros: 7,81 %, radiólogos: 1,56 %, psicólogos: 4,68 %, choferes de ambulancias: 6,25 %, radio-operadores del Sistema de Atención de Emergencias Médicas (S.A.M.E): 19,57 %, piloto de helicóptero: 0,78 %, camilleros: 2,34 % y administrativos hospitalarios: 3,90 %. El 92,18 % opinó que en el momento de la atención de las víctimas, sintió que se trabajó en equipo en su lugar de trabajo. El 80,46 % sostiene que se manejaron protocolos de atención. A los 30 días, 94 personas (73,43 %) manifestaron síntomas de EPT, siendo los más comunes: recuerdos recurrentes (46,87 %), dificultad para conciliar el sueño (23,43 %), alteración en la concentración (22,65 %) e hipervigilancia (26,56 %). El 26,56 % respondió que la atención de víctimas múltiples, afectó su labor. Los profesionales que no presentaron ninguno de los síntomas pertenecen en su gran mayoría al grupo de radio-operadores del SAME, administrativos hospitalarios y choferes de ambulancias. El 18,75 % afirmó que las alteraciones enumeradas anteriormente les provocaron malestar clínico significativo, o deterioro laboral, social o de otras áreas de su vida. El 83,30 % de los encuestados que presentaron síntomas solicitó ayuda psicológica, de los cuales el 54,99 % obtuvo algún diagnóstico final (estrés postraumático, trastorno de ansiedad y respuesta normal a este tipo de situaciones) y el 23 % debió continuar con psicoterapia prolongada.

**Conclusiones** la prevalencia del TEPT es elevada luego de un EVM, y en un buen porcentaje afecta su tarea cotidiana, y genera malestar clínico significativo. En varios casos la terapia es prolongada.

**PALABRAS CLAVE:** estrés postraumático, prevalencia estrés postraumático, trabajadores de la salud, catástrofes.

### ABSTRACT

**Introduction:** In all catastrophes, there are always consequences for every person involved and their community. However, there may be also consequences for all witnesses and healthcare staff involved.

**Purpose:** To screen for the prevalence of post-traumatic stress disorder (PTSD) and its consequences in healthcare staff who have been involved in multiple-victim incidents (MVI).

**Material and methods:** Self-administered survey in healthcare staff involved in emergency care. Randomized sample.

**Results:** 128 providers have been included, with higher prevalence of female staff (59%). Mean age was 36.6 years old, and that of emergency care providers was 18.2 years old. Physicians: 53.12 %, nurses: 7.81 %, radiographers: 1.56 %, psychologists: 4.68 %, ambulance drivers: 6.25 %, radio operators for the local emergency medical services (Sistema de Atención de Emergencias Médicas, SAME): 19.57 %, helicopter pilot: 0.78 %, orderlies: 2.34 %, and hospital administrative staff: 3.90 %. Of these, 92.18 % said that when assisting for victims, they felt there was actual teamwork at workplace. 80.46 % commented that care protocols were followed. Thirty days after the incident, 94 individuals (73.43 %) were showing PTSD symptoms, the most frequent being: recurrent recollections (46.78 %), problems with getting to sleep (23.43 %), impaired concentration (22.65 %), and hypervigilance (26.56 %). 26.56 % of respondents said that caring for multiple victims negatively affected their daily work. Providers not showing any

### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Prof. Dr. Pascual Valdez.  
Mariano Acha 1359,  
1430 CABA. Argentina.  
rpascual46@gmail.com  
TE: 011.15.5137-5763

*of the reported symptoms mainly belong to the group of SAME radio operators, hospital administrative staff and ambulance drivers. 18.75% of respondents said that the problems previously referred to have caused them significant clinical distress or impaired work/social performance, or impairment in other areas of their lives. 83.30% of respondents who experienced symptoms asked for mental health care, 54.99% of which have finally received a diagnosis (PTSD, anxiety disorder, and common responses to these events), and 23% of them required long-term psychotherapy.*

**Conclusions:** *PTSD prevalence is elevated in healthcare providers following a MVI, and in a high proportion, they suffer from impaired work performance and significant clinical distress. Subsequent long-term psychotherapy is often required.*

**KEY WORDS:** *post traumatic stress; post traumatic stress prevalence, healthcare staff, catastrophes.*

## Introducción

Después de la Segunda guerra mundial y el Holocausto, pero sobre todo después de la guerra de Vietnam, es que se reconoce la relación de causalidad entre la experiencia de violencia extrema y el sufrimiento psíquico, abriendo camino a los diferentes enfoques terapéuticos.

La práctica de la violencia forma parte de la vida humana. La escuela enseña principalmente la historia de la violencia y de las guerras y raramente la historia de la cultura.(1) El exhibir un comportamiento violento en las relaciones esta socialmente aceptado, mientras que la educación para la paz, la gestión de los conflictos o la solidaridad, son todavía una tímida pincelada. Hoy, sin embargo, la guerra ya no es considerada un hecho inevitable que nos permita refugiarnos en la resignación pasiva, sino como un proceso que implica y compromete la responsabilidad humana (idea que prevalece, de hecho, también, cuando suceden catástrofes ecológicas) (1).

En cada catástrofe, independientemente de la explicación que se dé (por la mano de Dios o por la acción de los hombres), siempre quedan secuelas en el individuo, en la colectividad y en el medio. El individuo está inscrito en un todo más amplio, como lo muestra la experiencia traumática individual que repercute también en el entorno social. Para ser eficaz, la asistencia a una víctima de traumatismo debe tomar en cuenta el contexto y abordar a la persona en función de su triple realidad biológica, psicológica y social (2).

Se habla de víctimas primarias para designar a las personas directamente afectadas por un acontecimiento, con frecuencia heridas físicamente: víctimas de accidente, de actos criminales, de tortura, de violencia familiar, de persecución o de guerra.

Desde la primera definición de trastorno por estrés posttraumático en 1980 (según la expresión utilizada por la American Psychiatric Association y en la actualidad ampliamente difundida), es que las víctimas directas de violencia tienen reacciones en el plano psíquico (3).

Muchas veces el simple hecho de ser testigo puede provocar una desestabilización psíquica. Miembros de la familia, amigos, profesionales de la ayuda, periodistas curiosos, son víctimas llamadas secundarias o indirectas.

El traumatismo secundario o traumatismo por rebote, es reconocido como una de las principales causas de agotamiento psíquico en los profesionales de ayuda (4).

A lo que nosotros nos referimos en el presente trabajo es a lo que se llama el Traumatismo de Tipo I, definido como un evento único, aislado, limitado en el tiempo, es decir con un principio y un final claro- catástrofe natural o accidente- en cuyo caso, un entorno social que funcione bien, ofrece a las víctimas un apoyo vital al activar las relaciones de solidaridad.

Por el contrario, cuando fallan o faltan las estructuras sociales, o las posibilidades de asistencia después de una catástrofe natural o humana, las reacciones psíquicas corren el riesgo de transformarse y hacerse crónicas (5). Lo que ha pasado, no puede considerarse como algo normal; tal aseveración relega a los que están expuestos de manera repetida a la violencia, por su situación o por su trabajo, a privarlos del apoyo que necesitan.

Cuando el suceso traumático se produce en un contexto social deficitario, se instala entonces un sentimiento de impotencia extremadamente negativo, acompañado de otros sentimientos como ser cólera, angustia existencial, confusión, horror, vergüenza, culpabilidad, etc., llevando poco a poco al individuo al aislamiento y la desesperación (6).

Sin la ayuda mutua y sin la solidaridad del grupo, es difícil afrontar tales experiencias, ya que las reacciones psicológicas no específicas intensifican la vivencia traumática (7).

Establecer el diagnóstico diferencial entre Trastorno del Estrés Posttraumático y otros trastornos puede llegar a ser una tarea complicada. Una diferencia entre este trastorno y otros trastornos de adaptación, radica en la naturaleza del acontecimiento traumático: mientras que en el primero el evento tiene que ser de naturaleza extrema hasta el punto de suponer una amenaza para la vida del paciente, en los segundos, el agente no supone una amenaza grave (7).

Los profesionales de la salud de los departamentos de urgencias que intervienen en la ayuda de eventos traumáticos, no solo se ven expuestos al estrés del evento, si no también al estrés de atender a la víctima. Estas experiencias pueden desequilibrar los sistemas personales de cuidado que les brindan su sentido

de control, conexión y propósito (3). Además están expuestos de sufrir secuelas físicas y psicológicas negativas, siendo una de las más notorias, el trastorno por estrés post traumático (4).

En la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) (3) el Trastorno de Estrés Postraumático se define como un conjunto de síntomas que la persona desarrolla después de haber sido testigo, haber participado o haber escuchado un acontecimiento estresante y extremadamente traumático caracterizado por muertes o amenazas de su integridad física o de los demás. Los síntomas del Trastorno del Estrés Postraumático deben durar al menos un mes y se dividen en tres categorías.

1. Reexperimentación del acontecimiento traumático (ejemplo, recuerdos intrusos, pesadillas, episodios disociativos de *flashback*).
2. Evitación de estímulos asociados al trauma (ejemplo, incapacidad para recordar aspectos del trauma, sensación de desapego, restricción afectiva).
3. Estado de hiperactivación autonómica (por ejemplo insomnio, hipervigilancia, dificultad para concentrarse).

Un evento traumático puede alterar la reciprocidad entre la víctima y los miembros de su red de apoyo, creando enlaces emocionales inadecuados. Las personas que conforman su red de apoyo (colegas) también pueden verse afectadas e invadidas de temor, el que puede llevarlas a distanciarse de la víctima y ocasionalmente culparla por lo sucedido. El culpar a alguien les restablece su sentido de control sobre el ambiente y lo que sucede.

Para mantener un compromiso importante con la vida, se necesita un sentimiento de coherencia con el mundo (4). Las creencias que sostienen esto se basan en que el mundo es seguro, predecible y digno de los esfuerzos personales. Los eventos traumáticos quebrantan estas suposiciones. La víctima se siente abrumada por la fuerza de la naturaleza en el caso de los desastres naturales o impactada de los actos dañinos del hombre.

La mayoría de las investigaciones acerca del Trastorno del Estrés Postraumático se han centrado en estudiar las víctimas de acontecimientos traumáticos. Esas son las que han experimentado directamente combates, ataques violentos (robo, abuso físico, sexual) secuestros, torturas, desastres naturales o causados por el hombre, accidentes graves, ataques terroristas o han sido diagnosticados de enfermedades potencialmente mortales (8).

El término traumatismo, cuya etimología remite al antiguo griego, es hoy en día ampliamente admitido y difundido por la psiquiatría estadounidense como un acontecimiento violento y anormal (o fuera de la norma) que afecta a una o más personas y pone en peligro su integridad física y psíquica (7).

El evento traumático marca un cambio en la vida de las víctimas. Hay tres factores que correlacionan en la creación de una estructura de intervención en emergencias:

1. Las catástrofes u otro tipo de eventos que preocupan a la opinión pública y que pueden despertar el interés de los medios de comunicación.
2. El conocimiento de riesgos, reacciones y consecuencias sociales del trauma psíquico.
3. Las personas que reciban la confianza tanto de la institución como del equipo y que posean la energía suficiente para poner en marcha una red de ayuda.

Cada institución debe disponer de un concepto y estructuras claramente definidas para poder atender a sus empleados víctimas de traumatismos y asegurar una atención correcta durante un período de tiempo. Lo que importa es ayudar a los afectados a recuperar el ritmo y modo de vida habitual. Si una persona víctima de un traumatismo es sensible e influenciable, significa también que está dispuesta a aprender. En ese momento se puede animar al afectado a reflexionar sobre el posible sentido de los hechos, para integrarlos en su propia existencia. El sentido de la vida reaparece cuando hay objetivos que se pueden llevar a cabo con las propias fuerzas y medios. Todas las medidas psico-educativas deben asegurar que estos objetivos sean alcanzables.

El debriefing psicológico es una técnica, entre otras, para ayudar a las personas que han vivido un trauma. Se revela como un antídoto real sobre las disfunciones que sobrevienen tras una crisis traumática, siempre que sea llevado a cabo en el momento adecuado y por las personas adecuadas. El debriefing aborda la ventilación de sentimientos, el reconocimiento, la normalización de las reacciones y sufrimientos, la evaluación del individuo y del funcionamiento de grupo. Después de un accidente crítico, es la forma por excelencia de intervención en caso de crisis psicológica en el ámbito colectivo e individual (2).

Ante todo el objetivo es prevenir la cronificación de las reacciones normales al estrés post traumático. La intervención es una oportunidad para expresar y compartir un sufrimiento personal difícil y penoso. Es un proceso dirigido a grupos e individualmente.

Un debriefing se desarrolla en dos sesiones. En la primera tiene lugar la exposición al traumatismo, por lo menos 72 horas después y en la medida de lo posible durante la semana siguiente. La segunda sesión se establece de seis a ocho semanas después.

El proceso de estructuración de la vivencia traumática pretende separar lo que es relativo a los hechos y lo que pertenece a lo emocional. Los participantes son informados de la normalidad de las reacciones que experimentan, como reacciones naturales y pasajeras y de las pautas para manejarlas.

Hay varias maneras de reforzar este proceso de integración, asignando tareas precisas para realizar después de la sesión, como dar ejercicios que permitan alejar el estrés y eligiendo un acto simbólico que marque el fin del proceso (Ejemplo: técnicas de autocontrol y de responsabilidad personal) permitiendo a la persona desprenderse del sentimiento de impotencia y de culpabilidad.

La segunda sesión sirve para reevaluar la situación de cada persona, así se podrá proponer una asistencia especializada si se constata que las reacciones persisten, se cronifican o se agravan (9).

El Objetivo del presente estudio es detectar la prevalencia de estrés posttraumático (EPT) y sus consecuencias en trabajadores de la salud que han participado alguna vez en un evento con víctimas múltiples (EVM).

## Material y métodos

### Diseño

Prospectivo, observacional, transversal, analítico.

### Población

<b>Criterios de inclusión</b>	Trabajadores de la salud que han participado alguna vez en un evento con víctimas múltiples (EVM).
<b>Criterios de exclusión</b>	No hay.
<b>Criterios de eliminación</b>	No hay.
<b>Tiempo</b>	Mayo a setiembre de 2014.
<b>Lugar</b>	CABA

### Muestreo

Accidental. Muestra de profesionales de la salud del área de emergencias de diferentes hospitales de Capital Federal y Gran Buenos Aires, y del Sistema de Atención de Emergencias Médicas (S.A.M.E).

### Estadística

- ↗ Media.
- ↗ Porcentajes.

### Instrumento

Encuesta cerrada, individual y anónima. Los criterios de ETPT se observan en la pregunta 8 de la encuesta.

### Metodología

Se realizó encuesta autoadministrada previo consentimiento.

## Resultados

Se abordaron 128 profesionales de la salud que habían participado en un evento con víctimas múltiples en su lugar de trabajo, en los cuales hubo predominio femenino (59%) (Figura 1). La media de edad fue 36,6 años (Figura 2), y la de trabajo en el Área de Emergencias 18,2 años.(Figura 3) El 53,12% eran médicos, el 7,81% enfermeros, radiólogos en un 1,56%, profesionales del área de psicopatología en un 4,68%, choferes de ambulancias 6,25%, radio-operadores del Sistema de Atención de Emergencias Médicas (S.A.M.E) 19,57%, piloto de helicóptero 0,78%, camilleros 2,34% y administrativos hospitalarios en un 3,90% (Figura 4).

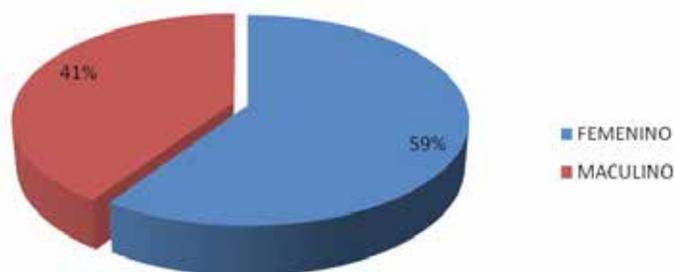


Figura 1. Sexo de los encuestados del Área de la Salud.

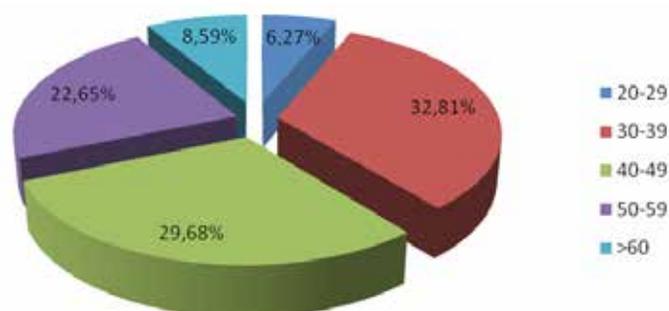


Figura 2. Edad de los encuestados del Área de la Salud.

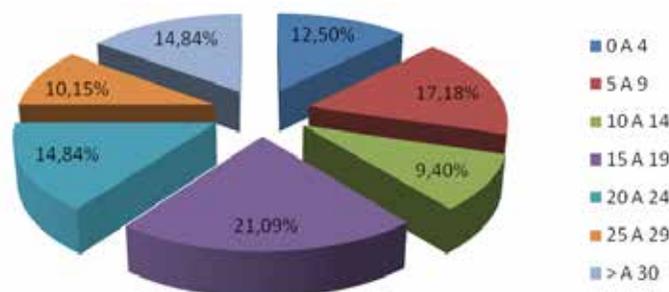


Figura 3. Años de trabajo en guardia en el Área de la Salud.

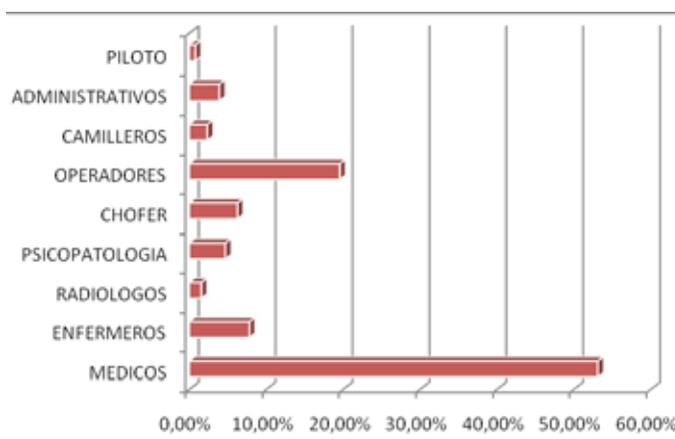


Figura 4. Profesión de los encuestados del Área de la Salud.

Los eventos con víctimas múltiples nombrados por los encuestados fueron: el incendio en Cromañón, el atentado a la Mutual AMIA, el choque de tren en la estación Once del ferrocarril Sarmiento, el descarrilamiento de tren en la estación Palermo del ferrocarril San Martín, la colisión de trenes en la estación Flores del ferrocarril Sarmiento, el descarrilamiento del Premetro, el incendio del hospital Álvarez, el atentado en la embajada de Israel, el accidente del avión de la empresa LAPA, el incendio en la Villa Cartón, el cierre de campañas políticas, el operativo primavera, el incendio del geriátrico Saint Emilien, el terremoto de Haití, la Línea de GAZA, los accidentes de tránsito múltiples en la vía pública, el hundimiento del alíscrafo en el año 1986, derrumbes de estructuras edilicias, simulacros y la toma del regimiento de la Tablada

El 92,18 % opinó que en el momento de la atención de las víctimas sintió que se trabajó en equipo en su lugar de trabajo, en contraposición con el 7,82 % (Figura 5). Así mismo, el 80,46 % sostuvo que se manejaron los mismos protocolos de atención.(Figura 6)

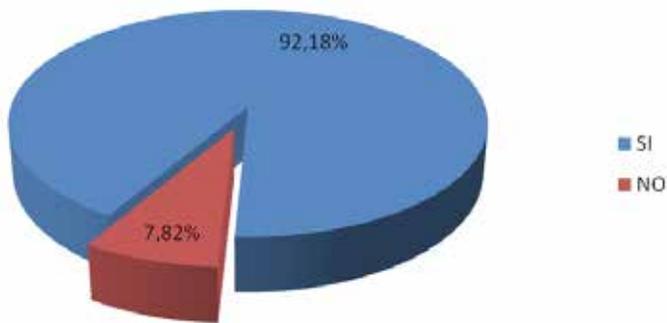


Figura 5. Trabajo en equipo del Área de la Salud.

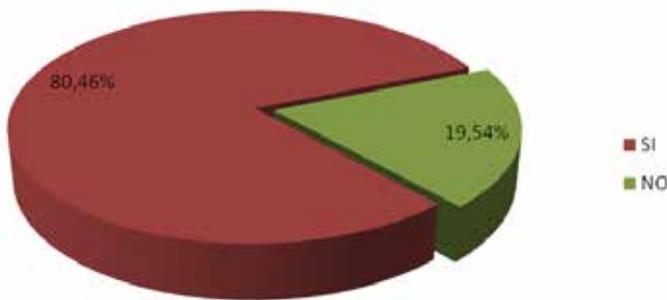


Figura 6. Protocolos de atención del Área de la Salud.

El 26,56 % respondió que la atención de víctimas múltiples afectó su labor y el 73,44 % sostuvo que pudo continuar con su tarea cotidiana posteriormente al evento (Figura 7).

Se enumeraron en la encuesta, algunos de los síntomas frecuentes en el trastorno del estrés postraumático luego de acontecido el evento de víctimas múltiples, pasados los 30 días y hasta los 6 meses posteriores, observando que la mayoría de los encuestados presentaron recuerdos del acontecimiento

en forma recurrente. Más de la mitad presentó dificultad para conciliar el sueño, alteración en la concentración e hipervigilancia (Figura 8). Los profesionales que no presentaron ninguno de los síntomas mencionados, en su gran mayoría pertenecen al grupo de radio-operadores del Sistema de Atención de Emergencias Médicas (SAME), administrativos hospitalarias y choferes de ambulancias. El 81,25 % negó que las alteraciones enumeradas anteriormente les provocaran malestar clínico significativo, o deterioro laboral, social o de otras áreas de su vida; mientras que el 18,75 % lo afirmó. (Figura 9).

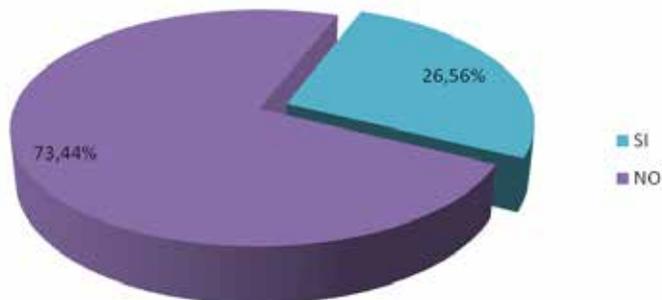


Figura 7. Índice de afección laboral en el Área de la Salud.



Figura 8. Síntomas de trastorno de estrés postraumático presentados pasados los 30 días y hasta los 6 meses del evento.

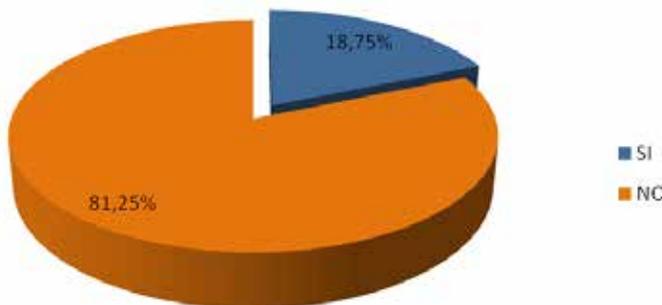


Figura 9. Índice de malestar clínico, deterioro laboral, social o de otras áreas de la vida.

El 83,30% de los encuestados que presentaron síntomas solicitó ayuda (Figura 10) (al equipo de la salud mental, al área de factores humanos del Sistema de Atención de Emergencias Médicas (SAME), a algún psicoterapeuta particular, al médico de cabecera) de los cuales sólo el 8,59% (Figura 11) obtuvo algún diagnóstico final (estrés posttraumático, trastorno de ansiedad y respuesta normal a este tipo de situaciones) y sólo el 23% debió continuar con psicoterapia prolongada.

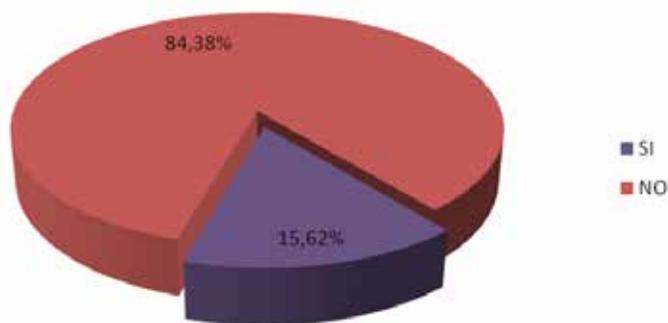


Figura 10. Solicitud de ayuda ante sintomatología de trastorno de estrés posttraumático.

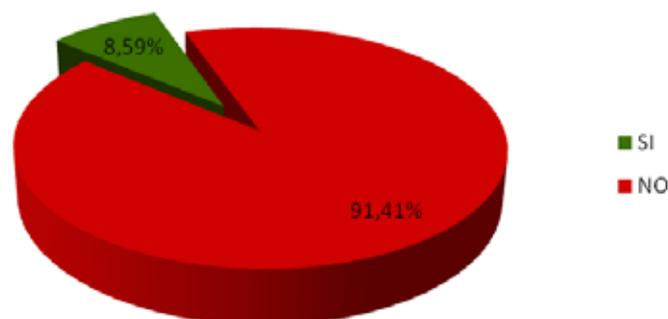


Figura 11. Obtención de diagnóstico posconsulta.

Al preguntar cuándo fue la última capacitación en emergencias realizada, la mayoría respondió entre 1 a 5 años (Figura 12).

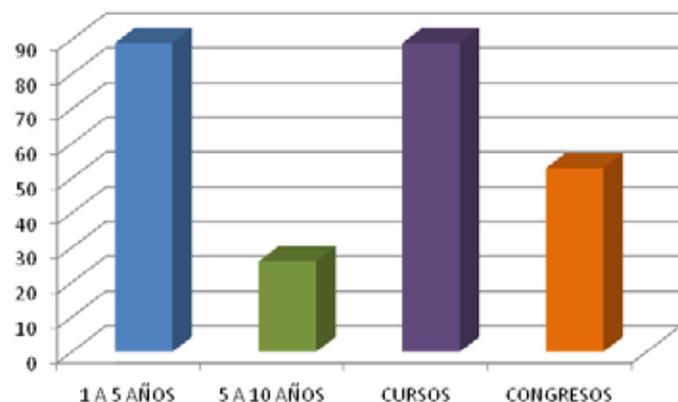


Figura 12. Capacitación en emergencias.

## Discusión

La prevalencia de TEPT se ha estudiado en diversos grupos de víctimas de acontecimientos traumáticos. Aun cuando las metodologías para identificar sujetos que cumplan los criterios diagnósticos de una determinada clasificación varían entre los estudios, las cifras generales permiten tener una aproximación a la magnitud del problema que implica este cuadro clínico. Es claro también que hasta la fecha, el TEPT ha sido un cuadro sub diagnosticado.

Desde 1987 se cuenta con cifras de TEPT en población general con valores que oscilan entre 0,5% y 10,8% para los hombres y entre 1,3% y 18,3% para las mujeres (10-11). Son llamativas las cifras de prevalencia del estudio reciente de Perkonig *et al* (12) al realizado en Alemania con una población de 3.021 sujetos entre 14 y 24 años en el que encontraron una prevalencia global de TEPT de 1,3% y cifras de 1% para hombres y 2,2% para mujeres, las que se acercan más a las primeras cifras de Helzer de 1987 (13) en la población general. Este resultado confirma el planteamiento que, si bien existe un alto número de sujetos expuestos a situaciones traumáticas a lo largo de la vida, sólo una minoría presenta un TEPT. Pero también debe considerarse que existen otros cuadros como respuesta a hechos traumáticos, los cuales pueden facilitar en el futuro la aparición de un TEPT ante un nuevo acontecimiento traumático.

Estudios recientes en víctimas de situaciones de combate en países de bajos ingresos han encontrado prevalencias de TEPT de 15,8% en Etiopía, de 17,8% en Gaza, de 28,4% en Camboya y de 37,4% en Argelia (14).

Estudios de Kessler y Breslau (15-16), estimaron que ante cualquier situación traumática, entre un 13,0% y un 20,4% de las mujeres y entre un 6,2% y un 8,1% de los hombres desarrollará un TEPT.

El TEPT es un cuadro que tiene una alta comorbilidad, la cual en algunos estudios ha alcanzado hasta un 80% (17-18). Específicamente en veteranos de Vietnam se ha llegado a encontrar que el 66% presenta otro trastorno afectivo o bien de ansiedad, y el 39% tiene abuso o dependencia de alcohol (19). De acuerdo con la extensa investigación sobre comorbilidad en población general, dirigida por Kessler, se encontró que el TEPT se asociaba con otro diagnóstico en el 17% de las mujeres y en el 12% de los hombres; sin embargo, había tres o más diagnósticos en el 44% de las mujeres y en el 59% de los hombres. En cifras decrecientes el TEPT se asoció con abuso de alcohol en hombres (51,9%), depresión mayor (48%), trastornos de conducta en hombres (43,3%), fobia simple (30%), fobia social (28%), abuso de alcohol en mujeres (27,9%) y agorafobia en mujeres (22,4%); los otros diagnósticos tuvieron menores frecuencias de presentación (11).

La comorbilidad incide en la forma de presentación del cuadro de TEPT, ya que en ocasiones al haber sobreposición de algunos síntomas se dificulta el diagnóstico. Por otra parte, durante la evolución con frecuencia se van agregando otros síntomas

al TEPT y se configura uno o más diagnósticos comórbidos. Además es importante investigar un TEPT en cualquier otra patología psiquiátrica, especialmente si existe el dato anamnésico de algún hecho traumático en el pasado.

El abuso y dependencia de sustancias puede aparecer en algunos pacientes como una autoterapia para controlar ciertos síntomas del TEPT como son los síntomas ansiosos, los trastornos del sueño y el hiperalerta.

Los síntomas depresivos, que en ocasiones pueden estar en primer plano del TEPT, pueden llevar a un diagnóstico equivocado de depresión. Además, el antecedente de alguna situación traumática en el pasado puede encontrarse tanto en el TEPT como en la depresión. En ambos casos hay efectos neurobiológicos que pueden explicar la aparición de cualquiera de los dos cuadros clínicos. En ocasiones los síntomas depresivos aparecen con posterioridad al suceso traumático y si están presentes los otros elementos de la tríada clínica del TEPT, resulta más fácil plantear este último diagnóstico. Pero a veces el antecedente de la situación traumática está distante en el tiempo y dependiendo de lo consolidado que puedan estar los síntomas invasores, de evitación y el estado de hiperalerta, el diagnóstico diferencial debe plantearse entre un posible TEPT de aparición retardada y una depresión. De estar claramente sobrepuestos los síntomas de TEPT y de depresión, cabe el doble diagnóstico.

En refugiados que han sufrido situaciones traumáticas severas, se ha encontrado una comorbilidad entre TEPT y suicidio que alcanza al 95 %, y los pacientes con comorbilidad TEPT-depresión, presentan mayor ideación suicida que aquéllos con TEPT sin depresión. El diagnóstico exclusivo de TEPT constituye en sí mismo un alto riesgo para intentos suicidas (20).

En clínica debe ponerse especial atención a la investigación de antecedentes de trauma en el pasado y a su correcta evaluación para así no sub diagnosticar el TEPT.

En atención primaria debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales el TEPT ya que es un cuadro que se asocia con alta frecuencia con otras patologías médicas y por otra parte, las molestias físicas y el dolor pueden encubrirlo. Es llamativo que en atención primaria cuando se ha investigado sistemáticamente el TEPT se haya encontrado una frecuencia de presentación de 9%; sin embargo, los médicos sólo diagnostican TEPT en el 2 % de esos pacientes (21).

Un trabajo realizado por la Facultad de Psicología de la Universidad de Talca en Chile, demostró la prevalencia del TEPT en dos grupos de la Ciudad de Constitución (una de las más afectadas por el terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010 (27-F): apoderados de un colegio municipal y el personal de la red de atención primaria. En el estudio se observó que la misma en ambos grupos es mayor a lo esperado: 36% en el grupo de apoderados (en el cual se esperaba un 23%) y 20% en el de funcionarios (en el cual se esperaba un 15%), provocando una reflexión respecto del grave problema de salud mental pública presente en esta ciudad en particular y en todas las zonas

afectadas en general. También se discute respecto de la factibilidad de resolver este problema de salud pública, mediante los recursos disponibles en la red de salud. Si bien su resolución es compleja, es posible apoyar iniciativas científicas de investigación aplicada, como la que actualmente está llevando a cabo la Facultad de Psicología de la Universidad de Talca (22).

En febrero del 2010 Chile vivió uno de los terremotos más fuertes registrados en la historia. Un trabajo planteó como objetivo, evaluar el impacto del desastre en la salud mental de los adolescentes. Fueron evaluados más de 300 adolescentes, y se les investigó la prevalencia de depresión, ansiedad y TEPT.

Lo que se destaca en el trabajo en primera instancia es la baja incidencia de afectados, sobre todo para los daños más severos (daños físicos, muerte de un familiar). Pero a pesar de ello, y teniendo en cuenta la prevalencia normal por trastorno y género, pudieron observar que la presencia de síntomas de cada uno de los trastornos luego de la exposición al terremoto, aumento en ambos géneros, siendo las mujeres las que manifestaron más síntomas y en mayor intensidad en cada uno de los trastornos evaluados.

Sólo hubo diferencias significativas en las pérdidas materiales entre hombres y mujeres, (mayor impacto en los hombres) pero no hubo diferencias por los daños en el hogar, físicos o pérdidas familiares (23).

Otro trabajo estudió la distribución espacial de los TEPT en los habitantes de Chile a partir del terremoto del 27-F.. La prevalencia de TEPT en todo el país fue del 11,1%. Al desagregar por regiones se observaron prevalencias entre el 7% y 24%; la región más afectada fue Libertador B. O'Higgins.

Los prevalencias halladas en este trabajo son compatibles con lo observado en el año 2007 en el terremoto peruano de la ciudad de Pisco, en donde la prevalencia publicada por el trabajo de Cairo (24) fue del 25,2% de TEPT en población general.

Las correlaciones espaciales observadas en este trabajo fueron también observadas en el trabajo de Di Maggio (25), en el ataque terrorista del World Trade Center en septiembre de 2001; en ese trabajo la proximidad al sitio del evento resultó ser un predictor significativo de trastornos de ansiedad en la población. En lo que respecta a la correlación entre el nivel de exposición al trauma (expresado en éste estudio por las intensidades de la sísmicas estimadas por el servicio sismológico chileno) y las prevalencias de TEPT encontradas fue ampliamente estudiado en salud mental, y los resultados encontrados aquí son congruentes con la literatura (23).

En otro estudio se investigó la trayectoria de los síntomas del TEPT a raíz del terremoto de Asia - tsunami del Sudeste 2004: un total de 265 supervivientes tailandeses adultos fueron evaluados a las 2 semanas y a los 6 meses después del terremoto - tsunami.

Los porcentajes de los sobrevivientes que informaron síntomas del TEPT fueron del 22% a las 2 semanas y del 30% a los 6 meses después del desastre. Se han identificado cuatro

categorías de los síntomas del TEPT: 12% de los sobrevivientes presentaban síntomas de estrés crónico, el 18% tenía un retraso en la aparición, el 10% mostró una mejoría, y el 60% restante mantuvo un equilibrio emocional estable.

Entre los sobrevivientes, el grupo de crónicos era el mayor, el grupo tardío informó el nivel más bajo de apoyo gubernamental percibido, y el grupo de resistentes experimentó la menor cantidad de síntomas psiquiátricos después del desastre. Estos resultados señalaron la necesidad de ampliar la conceptualización del estrés posterior al desastre y establecer la psiquiatría de desastres y las actividades de salud mental relacionadas en la región (26).

Miércoles, 22 de julio de 2015 (Healthday News) –Un estudio reciente calcula que más de un cuarto de millón de veteranos de Vietnam sufren de síntomas de TEPT hoy en día a cuatro décadas tras el fin de la guerra, y al menos una tercera parte de ellos, también tienen depresión mayor.

Marmor y sus colaboradores siguieron a los veteranos de guerra de Vietnam que participaron en un estudio a largo plazo, a partir de entre 1984 y 1988. De los más de 1,800 que seguían con vida en ese estudio, 1,450 participaron en al menos una fase del nuevo estudio, que tuvo tres partes. Las fases incluyeron un cuestionario de salud, una entrevista de salud y una entrevista clínica. El estudio mostró que entre el 4.5 y el 11.2% de los hombres, y entre el 6.1 y el 8.7% de las mujeres experimentaron síntomas graves de TEPT. Cuando los autores aplicaron esas cifras a la cantidad de veteranos que combatieron en Vietnam y que siguen con vida, calcularon que aproximadamente 271.000 hombres y mujeres sufren de síntomas de TEPT. De todos los que tenían TEPT, el 37% también sufrían de depresión mayor, y el 16% reportaron un aumento importante en los síntomas desde la entrevista inicial, en comparación con el 8% cuyos síntomas se habían reducido (27).

Las Conclusiones del presente estudio son:

- ✍ La prevalencia de EPT es elevada luego de un EVM, y en un buen porcentaje afecta su tarea cotidiana, y genera malestar clínico significativo.
- ✍ En varios casos la terapia post EPT es prolongada.

## Reflexiones

La presente investigación permite conocer la necesidad que existe dentro de esta población de incluir programas de prevención del Trastorno del Estrés Postraumático, así como también del tratamiento cuando este trastorno se haya desarrollado.

Los equipos de primera respuesta son víctimas ocultas en las emergencias y desastres, y pueden manifestar una serie de reacciones físicas, emocionales, cognitivas, conductuales y de cambio de vida ante el estrés que estos eventos les causan.

Ante una situación traumática, el modelo y sistema actual médico psicológico, tienen la tendencia a suministrar medicamentos y pensar en términos de patogénesis, con lo que se pierde de vista que la violencia es ante todo un fenómeno social.

La idea de este trabajo es explicar la importancia de la prevención, tomando como punto de partida las redes sociales y la triangulación entre la salud, la sociedad y la cultura, y que ante la producción del hecho, el abordaje interdisciplinario mediante la metodología del debriefing ayuda a superar la situación traumática.

Dentro de un equipo interdisciplinario y aplicando el debriefing a nivel grupal e individual, se lograría borrar las huellas físicas y emocionales, tanto del paciente como del equipo de trabajo, saliendo fortalecidos de manera resiliente de una situación que superaría a cada profesional individualmente, capitalizando la experiencia para futuros casos; marcando así un antecedente de abordaje cuyos resultados son un referente para las intervenciones futuras.

Basándonos en la experiencia relatada en el presente trabajo y analizando las diferentes situaciones que presentan los profesionales de la salud de áreas críticas que participan en eventos de víctimas múltiples, enfatizamos la importancia de:

- ✍ Concientizar a directores de hospitales, jefes de los distintos departamentos de urgencia de todos los hospitales y a sus respectivos jefes de guardia, de todo lo relacionado con el debriefing psicológico, para implementación sistemática.
- ✍ Informar a todos los integrantes del equipo de salud, y todos aquellos que tengan participación directa en un evento de víctimas múltiples, de todo lo relacionado con el debriefing psicológico
- ✍ Promover la capacitación permanente del equipo de salud mental (psicólogos y psiquiatras) de los departamentos de urgencia de nuestros hospitales, en los temas referentes al Trastorno del Estrés Postraumático.
- ✍ Mantener actualizados los datos estadísticos relacionados con las distintas respuestas de los componentes del equipo de salud frente al T.E.P.T.
- ✍ Diagramar programas de prevención con relación a los datos obtenidos de las estadísticas mencionadas.
- ✍ Gestionar medidas tendientes a separar de sus funciones específicas, en forma momentánea y de acuerdo a un testeo clínico preliminar capitaneado por el jefe de guardia, a los integrantes del equipo de salud comprometidos en un evento de víctimas múltiples, en la misma fecha de lo ocurrido dicho evento.
- ✍ Trabajar en forma conjunta, hospitales y Sistema de Atención de Emergencias Médicas (SAME), para manejar los mismos protocolos de atención y tratamiento de las afecciones producidas por el Trastorno del Estrés Postraumático, en los distintos integrantes del equipo de salud.

“Llegamos a la conclusión de que cuidando podemos cuidarnos”

## ENCUESTA TEPT PERSONAL DE SALUD

SEXO \_\_\_\_\_

AÑOS QUE TRABAJA EN GUARDIA \_\_\_\_\_

**1. ¿Trabajó en el Área de Salud en algún Evento de Víctimas Múltiples?**

SI

NO

**2. ¿Recuerda cuál? \_\_\_\_\_****3. ¿Qué rol cumplía? \_\_\_\_\_****4. ¿Sintió que se trabajó en equipo?**

SI

NO

**5. ¿En el Equipo de Salud que trabaja con Ud. manejan los mismos protocolos de atención?**

SI

NO

**6. ¿Sintió que el hecho superó su labor?**

SI

NO

**7. ¿Pudo continuar con su trabajo en forma cotidiana posteriormente al hecho?**

SI

NO

**8. ¿Luego de acontecido el Evento de Víctimas Múltiples, pasados los 30 días y hasta los 6 meses posteriores, presentó algunos de los síntomas que se enumeran a continuación?**

Recuerdos del acontecimiento, de forma recurrente que provocan malestar, (imágenes, sensaciones, pensamientos)

Sueños recurrentes sobre el acontecimiento.

Sensación de que el acontecimiento esta sucediendo.

Malestar al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto al acontecimiento.

Necesidad de evitar pensamientos y/o conversaciones del hecho vivido.

Necesitó evitar situaciones y/o lugares que le recuerden el hecho?

Sintió la sensación de un futuro desolador?

Ninguno

**9. ¿Recuerda haber presentado algunos de los síntomas que se enumeran a continuación?**

Dificultad para conciliar el sueño.

Ataques de ira.

Dificultad para concentrarse.

Hipervigilancia.

Ninguno

**10. ¿Sintió que estas alteraciones le provocaron malestar clínico significativo, o deterioro laboral, social o de otras áreas de su vida?**

SI

NO

**11. ¿Solicitó ayuda?**

SI

NO

**¿A quién? \_\_\_\_\_****¿Tuvo algún diagnóstico?**

SI

NO

**¿Cuál? \_\_\_\_\_**

entre 1 - 5 años

Cursos

entre 5 - 10 años

Congresos

## Bibliografía

1. G. DUBY, "Historia social e historia de las mentalidades". La Edad Media, 1970, La Historia hoy, Barcelona, 1976 (París, 1974), p. 259.
2. DEBRIEFING "Modelos y Aplicaciones de la historia traumática al relato integrado". Instituto Psycotrauma. Edición Española, junio 2003. (pág. 67-90; pág. 156-175)
3. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) American Psychiatric Association, 2003.
4. Figley C.R., "Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized". New York, Manhattan, Estados Unidos, 1995.
5. Hermann J., "Trauma and recovery: the aftermath of violence: from domestic abuse to political terror". New York, Manhattan, Estados Unidos, 1992.
6. Kropotkin, P. "Gegenseitige Hilfe in der tier – und Menschenwelt". Reprint 1975, Berlin.
7. Mollica, R. F., "Assessing symptom change in Southeast Asian refugee survivors of mass violence and torture". American Journal of Psychiatry, 147: 83 – 88. 1990
8. Antonovsky A., "Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well". San Francisco, Estados Unidos, 1987.
9. Martín J, Parada E, Muñoz FA. "Triage psicológico en situaciones críticas con múltiples afectados". En Ramos R, García A, Parada E. (Coord.) Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes. UNED: Centro Asociado de Melilla; 2006.
10. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch Gen Psychiatry 1991;48:216-22
11. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995;52:1048-60
12. Perkonig A, Kessler RC, Storz S, Wittchen HU. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. Acta Psychiatr Scand 2000; 101:46-59
13. Helzer JE, Robins LM, McEvoy L. Posttraumatic stress disorder in the general population: findings of the Epidemiological Catchment Area Survey. N Engl J Med 1987;317:1630-4
14. de Jong JT, Komproe IH, Van Ommeren M, El Masri M, Araya M, Khaled N, et al. Lifetime events and posttraumatic stress disorder in 4 postconflict settings. JAMA 2001;286:555-62
15. Breslau N, Kessler R, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. Arch Gen Psychiatry 1998;55:626-32
16. Breslau N, Chilcoat HD, Kessler RC, Peterson EL, Lucia VC. Vulnerability to assaultive violence: further specification of the sex difference in post-traumatic stress disorder. Psychol Med 1999; 29:813-21
17. Solomon SD, Davidson JR. Trauma: prevalence, impairment, service use, and cost. J Clin Psychiatry 1997;58 (suppl 9):5-11
18. Brady KT. Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. J Clin Psychiatry 1997;58 (suppl 9):12-5
19. Center for Disease Control. Vietnam Experience Study: Psychological and Neuropsychological Evaluation. Atlanta, Ga: Center for Disease Control. 1988
20. Ferrada-Noli M, Asberg M, Ormstad K, Lundin T, Sundbom E. Suicidal behavior after severe trauma. Part 1: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity, and assessment of suicidal behavior. J Trauma Stress 1998;11:103-12
21. Taubman-Ben-Ari O, Rabinowitz J, Feldman D, Vaturi R. Post-traumatic stress disorder in primary-care settings: prevalence and physicians' detection. Psychol Med 2001;31:555-60
22. Relevancia y prevalencia del estrés post-traumático post-terremoto como problema de salud pública en Constitución, Chile Marcelo Leiva-Bianchi. Facultad de Psicología, Universidad de Talca. Talca, Chile. Rev. Salud pública. 13 (4): 551-559, 2011, Recibido 12 Enero 2011/Enviado para Modificación 1 Agosto 2011/Aceptado 17 Agosto 2011
23. Universidad de Chile, Departamento de <geofísica, Servicio Sismológico. Informe de Sismo Sensible. Consultado en 31-01-2013. Disponible en <http://ssn.dgf.uchile.cl/events/sensibles/2010/02/20100227063428.html>
24. Distribución espacial de los trastornos de estrés posttraumático en Chile a partir del terremoto del 27-F. Revista de Salud Pública, (XVII) 4:40-46, dic. 2013 Recibido: 18 de Abril de 2013. Aceptado: 23 de octubre 2013
25. Eficacia y utilidad clínica de los tratamientos para las víctimas adultas de atentados terroristas: una revisión sistemática. María Paz García – Vera Natalia Moreno y col. Universidad Complutense de Madrid, Asociación Víctimas del Terrorismo (España); George Washington University (Estados Unidos). Publicado en Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 23(2), 215-244 (2015)
26. Trajectory of Traumatic Stress Symptoms un the Aftermath of extreme natural disaster: a study of adult thai survivors of the 2004 southeast Asian earthquake and tsunami. Journal of Nervous y Mental Disease: January 2007 – Vol. 195 – Issue 1 – pp 54-59 doi:10.1097/01.nmd.0000242971.84798.bc original Articles.
27. Charles R. Marmar, M.D., chairman, department of psychiatry, and director, Steven and Alexandra Cohen Veterans Center, NYU Langone Medical Center, New York City; Rachel Yehuda, Ph.D., director, Mental Health Patient Care Center and PTSD Research Program, James J. Peters Veterans Affairs Medical Center, New York City, and professor, psychiatry and neuroscience, and director, traumatic stress studies division, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York City; Vernon Williams, M.D., director, Kerlan-Jobe Center for Sports Neurology and Pain Medicine, Los Angeles; July 22, 2015, JAMA Psychiatry, online.