

## NOTA TÉCNICA

# Recomendaciones para el abordaje de personas con síntomas asociados a trauma en el contexto de incendios forestales 2024.

Departamento de Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud.  
Primera versión, 5 de marzo de 2024.

### Acerca del documento:

La información puede ir cambiando en relación con nuevos escenarios a partir de definiciones del Estado y las autoridades, así como también de nueva evidencia científica y experiencias internacionales y locales. Para dar cuenta de nueva información se realizarán actualizaciones periódicas.

Este es un documento de trabajo que está dirigido principalmente a apoyar el trabajo de equipos de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y Servicios de Salud, pero sus contenidos pueden ser usados en otros escenarios con algunas adaptaciones.

Se presentan recomendaciones y acciones a través una guía rápida de consulta, precisas para responder de manera adecuada a la población afectada por los incendios de la V región y otros territorios.

Comentarios a [cristian.mena@minsal.cl](mailto:cristian.mena@minsal.cl); [alejandro.riquelme@minsal.cl](mailto:alejandro.riquelme@minsal.cl); [ana.vargas@minsal.cl](mailto:ana.vargas@minsal.cl); [maraya@minsal.cl](mailto:maraya@minsal.cl); [francisco.cubillos@minsal.cl](mailto:francisco.cubillos@minsal.cl)

## A. Introducción

Los efectos en el bienestar psicológico y emocional de las personas afectadas por una emergencia o un desastre, como los incendios recientes de la V región, son variables en cuantía y gravedad. Cada persona reacciona de forma diferente ante una situación estresante de estas características pudiendo generarse respuestas que son consideradas como adaptativas (normales), manejables o desadaptativas.

Las diferentes respuestas al estrés pueden<sup>1</sup>:

1. Producir temor y preocupación respecto del estado de salud propio y de las personas cercanas, la situación financiera y laboral o la pérdida de servicios/apoyos previamente disponibles (servicios básicos, seguridad, etc.).
2. Producir una respuesta sintomática que *no alcance el umbral diagnóstico* de un trastorno psiquiátrico como tal. Por ejemplo, puede producir alteraciones en los patrones de alimentación o sueño, dificultades en el dormir o en la concentración, aumentar el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, etc.
3. Precipitar una crisis sintomática aguda de un trastorno mental previamente existente que se encontraba estabilizado hasta antes de la exposición a la emergencia o desastre.
4. Precipitar la aparición del primer episodio de un trastorno mental (psicosis, trastorno bipolar, depresión u otros) en personas que presentan mayor predisposición dado su vulnerabilidad genética o biológica (modelo de estrés/vulnerabilidad).
5. Producir un trastorno asociado al estresor/evento mismo. Se incluyen en este grupo **el trastorno de estrés agudo (EA) y el trastorno de estrés post traumático (TEPT)**.

La presente nota técnica busca abordar este último grupo de trastornos. El objetivo es poner a disposición de los equipos desplegados en la respuesta a la emergencia y desastre (EyD) una guía rápida de consulta y recomendaciones precisas para responder de manera adecuada a la población afectada por los incendios.

Es muy importante considerar que **la menor proporción de las personas afectadas por la emergencia** en curso presentará un diagnóstico formal de EA o TEPT. De ahí la importancia en identificar adecuadamente casos sospechosos o confirmados para iniciar el apoyo terapéutico correspondiente.

La información presentada complementa la nota técnica previa respecto del cuidado de personas en proceso de duelo<sup>2</sup> y adquiere importancia considerando que se está iniciando el segundo mes de respuesta a la emergencia por los diferentes equipos de salud en el territorio afectado.

---

<sup>1</sup> Sy Atezaz Saeed & Steven P. Gargano (2022) Natural disasters and mental health, International Review of Psychiatry, 34:1, 16-25, DOI: 10.1080/09540261.2022.2037524

<sup>2</sup> Nota Técnica. Recomendaciones para el cuidado de personas en proceso de duelo por incendios forestales. Departamento de Salud Mental. División de Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud. Segunda versión, 5 de febrero de 2024.

## B. Trauma, resiliencia y recuperación

El concepto de **trauma** o **evento traumático** es clave para una comprensión adecuada de los trastornos secundarios a su ocurrencia. Los dos principales sistemas clasificatorios vigentes en salud mental (DSM5-TR y la CIE-11) establecen definiciones que buscan ayudar en la operacionalización de este concepto:

Definiciones Trauma	
DSM 5 – TR <sup>3</sup>	CIE – 11 <sup>4</sup>
Aquellas situaciones en que se produjo una exposición a la muerte, lesiones graves o violencia sexual, ya sea en forma real o como amenaza (criterio A). Dicha exposición puede adquirir una o más de las siguientes formas: 1) Experiencia directa del suceso o de los sucesos traumáticos; 2) Presencia directa del suceso ocurrido a otros; 3) Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo; 4) Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).	La exposición a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes u horribles.

Para el abordaje de las personas del territorio afectado por los incendios se sugiere tener presente que *podrían haber experimentado uno o más traumas durante la emergencia*. Además, se debe tener en consideración la historia previa de otros episodios traumáticos a lo largo de su historia personal.

Las reacciones emocionales durante los primeros días o semanas post evento traumático *pueden ser de gran intensidad* pudiendo incluir alteraciones del sueño, labilidad emocional, irritabilidad, recuerdos intrusivos de el/los evento/s y/o síntomas de evitación a claves que hagan recordar el evento. Luego de este periodo inicial, se han descrito cuatro trayectorias posibles<sup>5,6</sup>:

Trayectorias posibles post evento traumático (frecuencia en % de los casos)			
Resiliencia (35 – 65%)	Recuperación (15 – 25%)	Retardada (0 – 15%)	Crónica (5 – 30%)
Las personas son capaces de continuar sus rutinas familiares, laborales y sociales con un mínimo nivel de perturbación.	Las personas, luego de un período de fuerte perturbación inicial, se recuperan al cabo de algunos meses.	Las personas, luego de varios meses de mantener un funcionamiento relativamente normal, presentan síntomas que alcanzan el umbral diagnóstico de un trastorno mental.	Las personas rápidamente presentan un deterioro de su funcionamiento previo al evento no logrando una recuperación de los síntomas que experimenta.

Durante toda la respuesta a la EyD, las acciones de fortalecimiento comunitario, el soporte psicosocial y la coordinación intersectorial serán claves para promover factores de resiliencia y la recuperación progresiva de una proporción importante de las personas afectadas. Los equipos de salud tendrán un rol muy importante también en la detección de cuadros que aparezcan de forma retardada y en el apoyo temprano a personas que presenten una potencial evolución crónica de su malestar.

En las secciones siguientes se presentan fichas de consulta rápida para cada trastorno para ser usadas por los equipos desplegados en terreno.

<sup>3</sup> American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2022.

<sup>4</sup> Disponible en el sitio oficial de la CIE-11 <http://id.who.int/icd/entity/2070699808>

<sup>5</sup> Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? Am Psychol. 2004 Jan;59(1):20-8. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20

<sup>6</sup> Figueroa, Rodrigo A, Cortés, Paula F, Accatino, Luigi, & Sorensen, Richard. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. Revista médica de Chile, 144(5), 643-655. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>

## C. Trastorno de Estrés Agudo (EA) - Adultos

<b>Denominación</b>	DSM 5 -TR: Trastorno por estrés agudo. CIE – 11: Reacción aguda al estrés				
<b>Incidencia<sup>7</sup> previstas catástrofes naturales</b>	21,9 % (95 % CI [SD 9,2-43,6] en reporte internacional de Geoffrion et al <sup>8</sup> .				
<b>Factores de riesgo</b>	Historia previa de trauma, antecedente de trastorno psiquiátrico previo, mujer, trauma de alta gravedad, evitación como estrategia de afrontamiento principal <sup>9</sup> .				
<b>Criterios diagnósticos<sup>3</sup> (Se considera como condición necesaria la existencia de un evento traumático)</b>	<b>Síntomas intrusivos</b> Recuerdos y/o sueños recurrentes del evento; la persona siente o actúa como si se repitiera el evento; reacciones emocionales intensas ante claves ambientales.	<b>Evitación</b> Esfuerzos por evitar recuerdos, pensamientos o emociones asociadas al trauma; esfuerzos por evitar recordatorios externos que gatillan el recuerdo.	<b>Hiperalerta</b> Alteraciones del sueño, irritabilidad, hipervigilancia, problemas de concentración, respuesta de sobresalto exagerada.	<b>Ánimo negativo</b> Dificultad persistente para experimentar felicidad o satisfacción.	<b>Síntomas disociativos</b> Sentido de la realidad alterada del entorno o de uno mismo (p. ej., verse uno mismo desde la perspectiva de otro, estar pasmado, lentitud del tiempo vivenciado); incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático.
<b>Herramientas de tamizaje</b>	<b>No se recomienda su uso de regla.</b> Sospecha y diagnóstico se basa en evaluación clínica e historia de un evento traumático reciente.				
<b>Aspectos clínicos claves</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La duración de los síntomas es de <b>tres días hasta máximo 1 mes</b> después de la exposición al evento traumático.</li> <li>- DSM 5 establece un umbral de 9 síntomas de los diferentes grupos. Síntomas de gran intensidad y/o persistencia deben ser igualmente considerados, independiente de si son en número inferior</li> <li>- La presencia de eventos traumáticos previos es de gran relevancia. Su exploración debe ser cuidadosa, sin forzar el relato y velando por la estabilidad emocional de la persona.</li> <li>- Luego del primer mes de evolución post evento inicial (incendios en este caso), el diagnóstico puede emerger como algo retrospectivo resuelto o en vías de resolución (ver sección B previa).</li> </ul>				
<b>Manejo no farmacológico</b>	<b>Es la primera línea de abordaje.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los equipos deben estar altamente pendientes de responder a las necesidades básicas de las personas (alimentación, refugio, apoyo emocional), identificar personas en riesgo de una evolución adversa y promover el bienestar lo más posible (sueño y descanso adecuados, no uso de alcohol o sustancias, etc.)<sup>10</sup>.</li> <li>- Considerar activamente las herramientas de Primera Ayuda Psicológica (PAP).</li> <li>- No se recomiendan intervenciones psicológicas específicas para estos casos.</li> </ul>				
<b>Manejo farmacológico</b>	- Utilizar sólo cuando el malestar subjetivo sea de una intensidad moderada o grave, siempre en acuerdo con las preferencias de la persona afectada.				

<sup>7</sup> Casos nuevos de un trastorno o de un diagnóstico específico en un determinado periodo de tiempo.

<sup>8</sup> Geoffrion S, Goncalves J, Robichaud I, Sader J, Giguère CÉ, Fortin M, Lamothe J, Bernard P, Guay S. Systematic Review and Meta-Analysis on Acute Stress Disorder: Rates Following Different Types of Traumatic Events. Trauma Violence Abuse. 2022 Jan;23(1):213-223. doi: 10.1177/1524838020933844.

<sup>9</sup> Bryant, R. (2023). Acute stress disorder in adults: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, and diagnosis. In UpToDate®. Wolters Kluwer. (Consultado 27 de febrero de 2024)

<sup>10</sup> Lang AJ, Hamblen JL, Holtzheimer P, Kelly U, Norman SB, Riggs D, Schnurr PP, Wiechers I. A clinician's guide to the 2023 VA/DoD Clinical Practice Guideline for Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. J Trauma Stress. 2024 Feb;37(1):19-34. doi: 10.1002/jts.23013.

	<p>- <b>EVITAR lo más posible el uso de benzodiazepinas:</b> se debe limitar su uso lo más posible dado el riesgo de dependencia/mal uso, el compromiso cognitivo que puede generar y la interferencia que puede generar en el procesamiento de memorias potencialmente traumáticas (Recomendación fuerte<sup>11</sup>). Sólo deben ser usadas en el manejo en casos de ansiedad paroxística intensa (SOS) ya sea en forma ambulatoria o en los servicios de urgencia.</p> <p>- <b>Medicamentos que podrían ser utilizados en este periodo<sup>12</sup>:</b></p> <p>a) <u>Propranolol (vía oral)</u>: se debe disponer en los arsenales comprimidos de 10 y 40 mg para ajuste progresivo de las dosis. Equipos deben evaluar la presencia de comorbilidad cardiovascular previo inicio de su uso.</p> <p>b) <u>Antipsicóticos</u>: se recomienda asegurar la disponibilidad de risperidona en gotas, risperidona comprimidos 1 mg y quetiapina comprimidos de 25 mg. Otras opciones de uso como olanzapina o aripiprazol debiesen ser implementados desde el nivel de especialidad en casos seleccionados (ej, con comorbilidades psiquiátricas preexistentes).</p> <p>c) <u>Uso de inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS)</u>: sertralina y paroxetina serían buenas alternativas en caso de ser considerado el inicio de este grupo de medicación. El perfil de seguridad y la menor frecuencia de efectos adversos hacen que este tipo de antidepresivos/ansiolíticos sean la opción preferida (en comparación con tricíclicos, por ej). El uso de antidepresivos duales (venlafaxina, duloxetina) debiese ser reservado a casos de TEPT confirmados.</p>
<b>Curso probable</b>	<p>- <b>En la mayoría de los casos</b> la sintomatología se resolverá de forma espontánea y con apoyos no necesariamente sanitarios.</p> <p>- Aproximadamente 40% de las personas que presentan un EA en el primer mes post trauma evolucionará a presentar un TEPT.</p>
<b>Signos de alerta</b>	<p>Síntomas disociativos de alta intensidad y/o persistentes deben hacer descartar causas médicas/orgánicas de base.</p> <p>La presencia de ideación suicida activa/planificada, ideas de daño a terceros, síntomas de psicosis o alto compromiso funcional hará necesaria una derivación urgente al nivel de especialidad para evaluación y manejo.</p>

<sup>11</sup> VA/DoD Clinical Practice Guideline. (2023). Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder Work Group. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

<sup>12</sup> Orientación Técnicas: Orientaciones para el manejo del Trastorno por estrés Agudo. Santiago: MINSAL, (2019).

## D. Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT) – Adultos

<b>Denominación</b>	DSM 5 -TR y CIE 11: Trastorno por Estrés Post Traumático	
<b>Incidencia reportada en Chile</b>	Se cuenta con un reporte de incidencia post desastres de 1.7% para hombres y 2.0% para mujeres <sup>13</sup> . El mismo estudio reportó una prevalencia de vida para TEPT de 4.4% para toda la población, de 2.5% para hombres y de 6.2% para mujeres (para todo tipo de evento traumático).	
<b>Incidencia reportada post incendios forestales</b>	No se cuenta con datos nacionales. Existe una revisión reciente que ha reportado una frecuencia variable de TEPT dependiendo del tiempo transcurrido desde los incendios: a los 3 meses post incendio, 24% y 60% en dos estudios separados; a los 6 meses, estos valores bajan a 12.8%-26%; a los 18 meses, esto nuevamente desciende llegando a 10.2% - 13.6% <sup>14</sup> .	
<b>Factores de riesgo</b>	Historia previa de trauma, bajo nivel socioeconómico y/o educacional, historia de adversidad en la niñez (incluye trauma/abuso infantil), trastorno psiquiátrico previo, mujer, escaso apoyo social, lesiones físicas como parte del evento traumático, reacción inicial muy intensa ante el evento <sup>15</sup> .	
<b>Consideraciones importantes para el proceso diagnóstico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es muy importante considerar la forma y modos de aproximación a las personas con un posible diagnóstico de TEPT. Esto no implica necesariamente técnicas especiales sino más bien el refuerzo de competencias habituales presentes en profesionales de Salud.</li> <li>- Se debe proveer condiciones adecuadas para la seguridad y confidencialidad de las personas: espacio físico privado y lo más cómodo posible según las condiciones de la emergencia; elementos de confort (agua o té/pañuelos/otros); condiciones adecuadas de luz y sonido (evitar espacios físicos de mucho ruido). Considerar estos elementos antes de realizar o planificar una entrevista de evaluación.</li> <li>- En la entrevista misma: 1) Haga un balance constante entre la necesidad de estabilidad vs evitar preguntar (puede pedir permiso a la persona para explorar las posibles temáticas traumáticas); 2) Indague respetuosamente de lo sucedido buscando una descripción breve de la persona respecto de lo sucedido, pero sin entrar en detalles; 3) Evite obtener detalles que sean demasiado intensos emocionalmente (para usted y la persona afectada); 4) Pero, al mismo tiempo, sea sensible y acoja la necesidad que pueda tener la persona de hablar de lo experimentado; 5) Explore respecto de eventuales factores que perpetúan la sintomatología, con énfasis en aquellos relacionados con el soporte psicosocial; 6) Busque y refuerce fortalezas y factores de resiliencia de la persona y su comunidad.</li> </ul>	
<b>Criterios diagnósticos<sup>16</sup> (Se considera como condición necesaria la existencia de un evento traumático)</b>	<p><b>1. Re-experimentar</b> el evento o eventos traumáticos en el presente en forma de recuerdos vívidos intrusivos, flashbacks o pesadillas. La re-experimentación puede ocurrir a través de una o múltiples modalidades sensoriales y típicamente es acompañada de emociones fuertes o abrumadoras, particularmente miedo u horror, y fuertes sensaciones físicas.</p>	<p><b>2. Evitación</b> de pensamientos y recuerdos del evento o eventos, o evitar actividades, situaciones o personas que recuerden el evento(s).</p>
		<p><b>3. Percepciones persistentes de una amenaza actual acentuada</b>, por ejemplo, como la que se experimenta en presencia de hipervigilancia o una reacción de sobresalto aumentada ante estímulos como ruidos inesperados.</p>

<sup>13</sup> Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. Psychol Med. 2006 Nov;36(11):1523-33. doi: 10.1017/S0033291706008282.

<sup>14</sup> To P, Eboime E, Agyapong VIO. The Impact of Wildfires on Mental Health: A Scoping Review. Behavioral Sciences. 2021; 11(9):126. <https://doi.org/10.3390/bs11090126>

<sup>15</sup> Sareen, J. (2022). Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical features, assessment, and diagnosis. In UpToDate®. Wolters Kluwer. (Consultado 28 de febrero de 2024)

<sup>16</sup> Disponible en el sitio oficial de la CIE-11 <http://id.who.int/icd/entity/2070699808>

	Los síntomas persisten durante al menos varias semanas y causan un deterioro significativo en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras áreas importantes <sup>17</sup> .
<b>Herramientas de tamizaje</b>	<b>No se recomienda su uso de regla.</b> Sospecha y diagnóstico se basa en evaluación clínica e historia de un evento traumático reciente.
<b>Aspectos clínicos claves</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La <i>duración</i> de los síntomas debe ser mayor a 1 mes. Por lo mismo, el diagnóstico o sospecha se debe plantear desde la semana 4 post evento inicial (incendios en la situación actual).</li> <li>- Un diagnóstico de TEPT no excluye la presencia de otros diagnósticos de salud mental. Los trastornos comórbidos con TEPT más comunes son depresión, abuso de alcohol y otras drogas y otros trastornos de ansiedad como agorafobia, fobias simples y fobia social<sup>18</sup>. Estos diagnósticos también podrán estar dentro del diagnóstico diferencial del cuadro.</li> <li>- Para <i>equipos de primera respuesta, urgencia y APS</i>, el foco debe estar puesto en una aproximación diagnóstica lo más humanitaria, clara y certera posible. En muchos casos, los/las profesionales serán depositarios de un primer relato del evento traumático, por lo que la recopilación adecuada de información, siguiendo las consideraciones antes mencionadas, será clave para evitar experiencias de re-traumatización en las personas afectadas por los eventos recientes.</li> </ul>
<b>Tratamiento – Generalidades</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Si el diagnóstico es claro, se debe iniciar el tratamiento lo antes posible. Si existen dudas diagnósticas se pueden programar entrevistas adicionales y/o coordinar una consultoría o una derivación al nivel de especialidad de salud mental.</li> <li>- Existe evidencia tanto para intervenciones psicoterapéuticas como farmacológicas (ver más abajo).</li> <li>- Los objetivos del tratamiento incluyen velar por la seguridad de la persona y de terceros, reducir síntomas que generen mayor sufrimiento psíquico, disminuir las conductas de evitación, disminuir la ansiedad, mejorar el funcionamiento psicosocial adaptativo y disminuir el riesgo de recaídas sintomáticas<sup>19</sup>.</li> </ul>
<b>Intervenciones psicoterapéuticas</b>	Se cuenta con evidencia internacional fuerte que establece que la <i>psicoterapia focalizada en el trauma</i> sería un tratamiento de primera línea <sup>10</sup> . En este grupo se incluyen la terapia cognitivo-conductual para el estrés post-desastre (con evidencia favorable en nuestro país <sup>20</sup> ), la terapia cognitivo-conductual (reestructuración cognitiva), la terapia de exposición prolongada (PE) y la terapia por desensibilización y reprocesamiento por el movimiento ocular (EMDR). La disponibilidad de este grupo de terapias en la red temática de salud mental es muy escasa y/o, en muchos casos, inexistente. Por lo mismo, se debe privilegiar el uso adecuado de los recursos locales existentes evitando la implementación parcial o inexperta de los tratamientos especializados mencionados (potencial efecto incluso iatrogénico). En caso de no contar con las terapias señaladas, se debe poner foco en la psicoeducación en torno a las experiencias traumáticas y síntomas posteriores, promoción de hábitos saludables, despliegue de medidas generales de reducción del estrés (ej., ejercicios de respiración) y apoyo psicosocial <sup>21</sup> . La estrategia <i>Enfrentando Problemas Plus (EP+)</i> busca implementar ayuda

<sup>17</sup> Algunos equipos clínicos podrían preferir el uso de los *criterios diagnósticos del DSM 5 -TR* que incluyen: A) Experiencia traumática; B) Síntomas de intrusión (recuerdos recurrentes, pesadillas, flashbacks, reactividad psicológica y fisiológica a gatillantes); C) Evitación persistente; D) Afecto negativo (amnesia disociativa, creencias negativas persistentes, sentimientos negativos persistentes como culpa o miedo, desapego del entorno); E) Alteraciones en el alerta (arousal) y reactividad (irritabilidad, furia, comportamiento autodestructivo, hipervigilancia, alteraciones en la concentración, alteración del sueño); F) Duración de B,C,D y E mayor a 1 mes; G) Compromiso funcional significativo; H) No atribuible a medicación, sustancias u otras enfermedades (Referencia 3).

<sup>18</sup> Errázuriz, P., Fischer, C., Behn, A., Letelier, C., & Monari, M. (2019). Orientaciones Prácticas para Psicoterapeutas que Atienden a Pacientes con TEPT Después de un Desastre Natural. *Psyche*, 28(1).

<sup>19</sup> Sareen, J. (2022). Posttraumatic stress disorder in adults: Epidemiology, pathophysiology, clinical features, assessment, and diagnosis. In UpToDate®. Wolters Kluwer. (Consultado 28/02/2024)

<sup>20</sup> Leiva-Bianchi, M., Cornejo, F., Fresno, A., Rojas, C. & Serrano, C. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for post-disaster distress in post-traumatic stress symptoms after Chilean earthquake and tsunami. *Gaceta Sanitaria*, 32, 291-296. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.018>

<sup>21</sup> mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies World Health Organization, 2015

	psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad siendo también una alternativa de tratamiento psicológico no especializado que se puede utilizar <sup>22</sup> .
<b>Intervenciones farmacológicas</b>	<p>a) Se cuenta con evidencia consistente que avala el uso de <u>antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS)</u> para el tratamiento del TEPT <sup>10,11,23</sup> como tratamiento incluso de primera línea. Dentro de este grupo se privilegian las moléculas fluoxetina, sertralina y paroxetina. El uso de estas opciones debe ser siempre considerando las preferencias de la persona y realizando psicoeducación respecto de efectos terapéuticos esperados y potenciales reacciones adversas.</p> <p>b) <u>Antidepresivos duales</u>: venlafaxina cuenta con una recomendación fuerte para su uso en reportes recientes<sup>10,11</sup>. Su uso puede ser considerado ante la falta de respuesta a ISRS. También podría ser considerada en primera línea ante cuadros de gran intensidad, posible comorbilidad depresiva existente o riesgo suicida presente.</p> <p>c) <u>Antipsicóticos</u>: se pueden utilizar como tratamiento coadyuvante tanto para el manejo de síntomas ansiosos, alteraciones del sueño y reacciones de hiperalerta/hipervigilancia. Al igual que en EA se recomienda asegurar la disponibilidad de risperidona en gotas, risperidona comprimidos 1 mg y quetiapina comprimidos de 25 mg. La titulación de las dosis de este grupo debe ser realizada considerando la intensidad sintomática y tolerancia a eventuales efectos secundarios.</p> <p>d) <u>Benzodiazepinas</u>: su uso en el tratamiento del TEPT <b>está contraindicado</b> (recomendación fuerte<sup>10,11</sup>) dado el efecto que puede generar interfiriendo en el procesamiento de memorias potencialmente traumáticas. Sólo deben ser usadas de forma excepcional en casos de ansiedad paroxística intensa ya sea en forma ambulatoria o en los servicios de urgencia (SOS).</p>
<b>Curso probable</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una vez realizado el diagnóstico, el tratamiento farmacológico se puede extender por un período de seis meses a un año con el objetivo de prevenir recaídas/recurrencia.</li> <li>- Personas que mantengan síntomas a pesar de intervenciones farmacológicas y/o psicológicas de primera línea (ISRS, psicoeducación, EP+) y/o que presenten comorbilidades de intensidad importante deben ser rápidamente derivadas al nivel de especialidad (COSAM, CRS o equivalente).</li> </ul>
<b>Signos de alerta</b>	La presencia de ideación suicida activa/planificada, ideas de daño a terceros, síntomas de psicosis (que no responden al uso de medicación ad-hoc) o alto compromiso funcional hará necesaria una derivación urgente al nivel de especialidad para evaluación y manejo.

<sup>22</sup> Organización Mundial de la Salud, Enfrentando Problemas Plus (EP+): Ayuda psicológica individual para adultos afectados por la angustia en comunidades expuestas a adversidad. (Versión genérica de prueba de mercado 1.0). Ginebra, OMS, 2016.

<sup>23</sup> Williams T, Phillips NJ, Stein DJ, Ipser JC. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2022, Issue 3. DOI: 10.1002/14651858.CD002795.pub3.



## E. Recomendaciones para poblaciones específicas

<p><b>Niños, niñas y Adolescentes<sup>24</sup></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En niños y niñas prescolares se pueden observar algunas diferencias significativas respecto del TEPT en adultos. De acuerdo con el DSM 5, respecto del criterio “recuerdos recurrentes e intrusos”, en preescolares no se requiere que dichos recuerdos sean molestos, ya que un número importante de niños o niñas se sienten neutrales o agitado/as por el recuerdo.</li> <li>• Con respecto a los síntomas de evitación y las alteraciones negativas en la cognición y en el estado de ánimo, los criterios para niños de edad preescolar sólo requieren que se cumpla un síntoma de estos dos grupos, ya que es difícil identificar en esta población ciertos síntomas, por ejemplo “restricción de la vida afectiva” y “desprendimiento de sus seres queridos”.</li> <li>• En este grupo, el síntoma disminución del interés en actividades puede adoptar la forma de juego restringido (juegan en menor cantidad y con menor diversidad), mientras que los sentimientos de desprendimiento pueden manifestarse como retraimiento social.</li> <li>• En cuanto a la hiperactivación, al síntoma “irritabilidad o ataques de ira”, se suma “rabietas extremas.”</li> <li>• Es importante evaluar directamente los síntomas y comportamientos infantiles, más allá del reporte de los padres o adultos cuidadores.</li> <li>• En niños y niñas más pequeños, un contexto de juego y utilización de dibujos facilita la evaluación.</li> <li>• En adolescentes, la descripción debe ser con sus propias palabras, con una intervención mínima por parte del profesional.</li> <li>• Los síntomas de estrés agudo y postraumáticos en niños, niñas y adolescentes influyen y son influidos por la familia y el ambiente inmediato, por lo que la evaluación en este grupo de edad debe incluir una evaluación de su familia.</li> </ul>
<p><b>Personas Mayores</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La vivencia de una experiencia traumática en población de personas sobre los 65 años a causa de una catástrofe natural puede estar marcada por un mayor riesgo de descompensación de enfermedades crónicas<sup>25</sup>, cardiovasculares<sup>26</sup> y/o generar efectos específicos en su salud mental<sup>27</sup>.</li> <li>• Las personas mayores son más vulnerables a generar efectos traumáticos respecto a un evento catastrófico cuando acumulan una serie de factores de estrés crónico como, por ejemplo, pérdidas personales recientes o acumuladas durante el tiempo, enfermedades crónicas, enfermedades discapacitantes, presencia de deterioros cognitivos, soledad y aislamiento social involuntario, situación económica precaria, etc.<sup>28</sup></li> </ul>

<sup>24</sup> Bui E, Ohye B, Palitz S, Olliac B, Goutaudier N, Raynaud JP, Kounou KB & Stoddard FJ Jr. Reacciones agudas y crónicas ante trauma en niños y adolescentes. Martínez D, Irrázaval M (eds) García Parreño B, Hermosín Carpio N, Alonso Bada S (trans). In Rey JM (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2017.

<sup>25</sup> Koichiro Shiba, Jun Aida, Katsunori Kondo, Atsushi Nakagomi, Mariana Arcaya, Peter James, Ichiro Kawachi, Mediation of the relationship between home loss and worsened cardiometabolic profiles of older disaster survivors by post-disaster relocation: A natural experiment from the Great East Japan earthquake and tsunami. *Health & Place*, Volume 66, 2020, 102456, ISSN 1353-8292. Obtenido el 5.3.2024 desde <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102456>.

<sup>26</sup> Edmondson D, von Känel R. Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. *Lancet Psychiatry*. 2017 Apr;4(4):320-329. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30377-7. Epub 2017 Jan 19. PMID: 28109646; PMCID: PMC5499153.

<sup>27</sup> Matsuoka, Y., Haseda, M., Kanamori, M. *et al.* Does disaster-related relocation impact mental health via changes in group participation among older adults? Causal mediation analysis of a pre-post disaster study of the 2016 Kumamoto earthquake. *BMC Public Health* **23**, 1982 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16877-0>

<sup>28</sup> Peng Y, Lu B, Wen J. Assessment of post-traumatic stress disorder (PTSD) in elderly survivors of the Wenchuan earthquake: A cross-sectional study. *J Evid Based Med*. 2023; 16: 455–464. <https://doi.org/10.1111/jebm.12557>

- Es importante considerar estos elementos para perfilar a que personas mayores ofrecer una evaluación y/o acompañamiento particular en el caso que lo requiera. Algunos estudios, por ejemplo, recomiendan considerar prioritariamente a personas mayores que presenten enfermedades crónicas descompensadas<sup>29</sup>.
- Los efectos perjudiciales del TEPT en esta población se atenúan cuando se fortalece la vinculación de la persona mayor con los servicios sanitarios que le corresponden según su territorio, del mismo modo cuando se fomenta la comunicación interpersonal con sus familiares y favorecer el soporte que sus grupos de pertenencia le otorguen, en particular la convivencia con su núcleo familiar, en el caso que exista<sup>29</sup>.

\*\* Profesionales y/o equipos que deseen acceder a la bibliografía utilizada en la elaboración de esta nota técnica, pueden solicitarla a los correos electrónicos incluidos al inicio de este documento.

---

<sup>29</sup> Li, L., Reinhardt, J.D., Van Dyke, C. *et al.* Prevalence and risk factors of post-traumatic stress disorder among elderly survivors six months after the 2008 Wenchuan earthquake in China. *BMC Psychiatry* **20**, 78 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2474-z>