

Plan de Reconstrucción Psicológica Post Terremoto

Psychological response after the earthquake in Chile, on February 28, 2010

Sr. Editor:

La evidencia científica sugiere que en Chile, durante el primer año post terremoto, 30 a 40% de los damnificados, 10 a 20% de los involucrados en las labores de rescate y 5 a 10% de la población general podría presentar secuelas psicológicas post terremoto¹. Un tercio de quienes desarrollen un trastorno por estrés post traumático continuarán sufriendolo una década después², con altísimos costos por ausentismo laboral y eventuales suicidios. Estas cifras podrían ser aún mayores en mujeres, niños y población damnificada, estimada esta última en 800.000 personas³. La percepción inicial de ayuda lenta e inefectiva, los saqueos, las réplicas y la desocupación podrían agravar aún más este ominoso pronóstico.

Antes del terremoto, el trastorno por estrés post traumático (TEPT) se ubicaba en la posición N° 45 (de 160) en la lista de enfermedades con mayor costo para la salud pública, medido en años de vida saludables perdidos por muerte prematura o discapacidad (AVISA/DALY).⁴ De acuerdo al Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible 2007, antes del terremoto este cuadro ocasionaba 19.869 años de vida saludables perdidos cada año.

La experiencia e investigación realizada en otros terremotos y en otros países nos permite estimar que este año en Chile la incidencia de estrés post traumático será 7,5 veces mayor que en un año normal.¹ Con ello, los años de vida saludable perdidos por TEPT se elevarán a 149.018. Por decirlo de otro modo, este año el TEPT produciría en Chile más daños a la salud pública que los accidentes de tránsito, las agresiones, las enfermedades cardiovasculares o la diabetes.

Un plan de apoyo psicosocial a comunidades afectadas por desastres resulta urgente, dada la gravedad de la situación. En primer lugar, se debe efectuar una cuidadosa campaña de contención social, psico educación y promoción de higiene mental a través de medios escritos, audiovisuales e Internet.⁵ En segundo lugar, se debe organizar una amplia operación de campo, con despliegue de equipos psicosociales permanentes en campamentos y albergues, para que realicen primeros

auxilios psicológicos y monitorizar la salud mental *in situ*⁶. Los médicos de los Servicios de Urgencia y Atención Primaria deben ser capacitados para el diagnóstico, tratamiento inicial y derivación de los pacientes con secuelas psicológicas, ya que sabemos que éstos últimos no consultan espontáneamente a los profesionales de la salud mental.⁷ Por último, se debe capacitar a los psicólogos y psiquiatras de las regiones más devastadas en la aplicación de psicoterapias centradas en el trauma, ya que otros tipos de tratamientos, como psicoterapia de apoyo, psicoterapia psicoanalítica, hipnosis o "debriefing", no han demostrado ser efectivos en desastres⁸ y, peor aún, este último podría ser perjudicial⁹. En la práctica, nuestra red de salud mental (pública y privada) no está preparada para resolver las secuelas psicológicas de esta catástrofe.

Estos conceptos han sido desarrollados por nuestro grupo en un modelo original de apoyo psicológico en desastres¹⁰, que ha sido muy bien recibido como método de trabajo para este terremoto por la *Sociedad Chilena de Psicología de Emergencias y Desastres*, el *Colegio de Psicólogos de Chile* y Oficiales de Sanidad norteamericanos que participaron en las labores de apoyo psicosocial a las víctimas del huracán "Katrina".

Creemos que estas tareas se deben incorporar con urgencia en el proyecto de reparación de nuestro país. Por el momento, la mayoría de las operaciones de campo han sido asumidas por voluntarios^{11,12}, que generosamente se han desplegado en las regiones afectadas sin una organización central, sin capacitación, sin apoyo para su abastecimiento ni para su transporte. Dicha falta de soporte central podría minar su motivación para continuar trabajando, amenazando la continuidad de las operaciones psicosociales que se están desarrollando en el sur. Consideramos que la planificación, organización, dirección, control, logística y enlace de las operaciones psicosociales debe ser asumida y financiada por las autoridades a través de un Centro de Reclutamiento, Capacitación y Despacho de voluntarios universitarios y profesionales jóvenes, coordinado desde un Centro de Operaciones Psicosociales de Desastre adoctrinado en la gestión de emergencias.

La comunidad nacional, los voluntarios, las ONGs y, en especial, los damnificados por este terremoto merecen la mejor planificación y puesta en marcha de una *programa de reconstrucción psicológica*, ya que de lo contrario, en algunos meses

tendremos una segunda catástrofe psicosocial, aún más grave que la que ya tuvimos.

*Rodrigo A. Figueroa,
Matías González, Rafael Torres
Unidad de Trauma, Estrés y Desastres, Centro
de Salud Mental San Joaquín. Departamento de
Psiquiatría, Facultad de Medicina, Pontificia Uni-
versidad Católica de Chile. Santiago de Chile.*

*Los autores declaran no tener conflictos de
intereses en este manuscrito.*

Referencias

- Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev* 2005; 27:78-91.
- Green BL, Lindy JD, Grace MC, Leonard AC. Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *J Nerv Ment Dis* 1992; 180 (12): 760-6.
- Terremoto en Chile-Cobertura Especial [Internet]. El Mercurio Online. [cited 2010, Apr 14] Disponible en: <http://www.emol.com/especiales/2010/coberturas-especiales/terremoto-en-chile/cifras.html>
- Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible 2007 [Internet]. 2008; Disponible en: <http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/minuta21-07-2008.pdf>
- Lowrey W, Evans W, Gower KK, Robinson JA, Ginter PM, McCormick LC, Abdolrasulnia M. Effective media communication of disasters: pressing problems and recommendations. *BMC Public Health* 2007; 7:97.
- Brymer MJ, Steinberg AM, Sornborger J, Layne CM, Pynoos RS. Acute interventions for refugee children and families. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2008; 17 (3): 625-40, ix.
- Rodríguez JJ, Kohn R. Use of mental health services among disaster survivors. *Curr Opin Psychiatry* 2008; 21(4): 370-8.
- Ehlers A, Bisson J, Clark DM, Creamer M, Pilling S, Richards D, et al. Do all psychological treatments really work the same in posttraumatic stress disorder? *Clin Psychol Rev* 2010; 30 (2): 269-76.
- Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev* 2002; (2): CD000560.
- Figueroa RA, Marín H, González M. Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Rev Med Chile* 2010; 138 (2): 143-51.
- Reyes H. Chile se pone de pie otra vez (Editorial). *Rev Med Chile* 2010; 138 (3): 267-9.
- O'Ryan M. Reflexiones y sentimientos desde un equipo de voluntarios del Ministerio de Salud y el Colegio Médico de Chile, después del terremoto reciente. *Rev Med Chile* 2010; 138 (3): 270-3.

Correspondencia a:
Dr. Rodrigo A. Figueroa
Centro Médico San Joaquín, Vicuña Mackenna 4686, Macul,
Santiago, Chile.
Fono: +56-2-3548482
E-mail rfiguerc@uc.cl