

**Rodrigo Inostroza Cea**  
*Psicoterapeuta*

**Cipra**  
*Psicoterapia Constructivista*

## **Pandemia y salud mental**

Apuntes y discusión de los principales fenómenos clínicos asociados a catástrofes de salud pública.

### **I. Introducción**

Los problemas psicológicos post catástrofes ecológicas son un foco de atención importante a nivel mundial, llevándose un alto porcentaje del gasto en salud y siendo los eventos catastróficos los principales predisponentes de salud mental durante al menos 5 años de ocurrido un evento de magnitud (Norris & Wind, 2009; Neria, S. Galea & F. Norris, 2009; Morganstein & Ursano, 2020). Considerando lo anterior, realizaremos este pequeño ensayo para abordar el impacto de la pandemia del coronavirus en el mundo subjetivo y la salud mental de las personas.

Para esto se hará una breve revisión de la bibliografía ligada al tema, que apunta a las reacciones psicológicas y de salud mental posterior a eventos catastróficos. Hay muchos más estudios en los llamados “eventos únicos” (terremotos, tsunamis, huracanes) (Morganstein & Ursano, 2020) que en eventos de larga duración como una pandemia de las características que nos afecta hoy en día (Huremović, 2019). Eso implica que miraremos algunos datos desde un prisma especulativo en ciertos puntos para aplicar la información a la situación actual.

La aproximación a los datos la realizamos desde un punto de vista narrativo constructivista, esto es, considerando la manera en que los sujetos ordenamos y reordenamos las experiencias significativas con intención, construyendo significado y refiriendo la experiencia a distintas instancias (alteridad, corporalidad y autoimagen) (Díaz, 2020). Desde esta mirada entonces, revisaremos los datos que nos aporta la evidencia respecto a la salud mental en situación de desastre ecológico y su relación con el impacto en el mundo subjetivo, esto es, cómo se incorpora en la construcción narrativa de la experiencia y cómo ocurre en términos de integración de las distintas instancias de referencia.

### **II. Problemas de salud mental**

En la situación que vivimos referida al covid-19, en términos generales, podrían agruparse los problemas de salud mental como aquellos propios de una situación de pandemia (el miedo a enfermarse) y aquellos propios del aislamiento o cuarentena (Huremović, 2019; CDC, 2020). Ambos condensan temores que son culturalmente construidos y que apuntan a arquetipos que la cultura occidental ha ido desarrollando con el tiempo (zombies, vampiros,

hombres lobos, pandemias como castigo divino). Estos arquetipos reflejan por un lado el temor a dejar de pertenecer, el temor a ser estigmatizado, y por otro el temor a perder el control de sí, de perder el control consciente. Miedo al rechazo y a volverse loco, como telón cultural en torno al cual ocurre un fenómeno como el que estamos viviendo en estos días.

Sacándolo del plano simbólico, los problemas que se pueden esperar basándose en la evidencia ligada a otras catástrofes de tipo ecológicas y pandemias son (Shigemura et al, 2012; Huremović, 2019; Shigemura J, Nakamoto K, Ursano, 2019; Shigemura et al, 2020; CDC, 2020): respuestas emocionales de miedo e incertidumbre, comportamientos sociales negativos y percepción de riesgo distorsionada. Esto lleva a reacciones de distrés (malestar difuso e inespecífico que puede asumir la forma de insomnio, problemas de manejo de ira, miedo extremo a enfermarse, percepción de estigmatización de parte de los enfermos), comportamientos de riesgo para la salud mental (aumento del uso de alcohol y tabaco, aislamiento social), desórdenes mentales leves y severos (trastorno por estrés agudo y postraumático, trastornos de ansiedad, depresión, somatizaciones), fenómenos clínicos de gravedad en personas con diagnóstico psiquiátrico previo (episodios psicóticos, suicidio, autolesiones) y una baja en la percepción de salud general de la población (Huremović, 2019; Shigemura et al, 2020). Shigemura et al. (2020) presentan la proporción de las respuestas ligadas a la catástrofe (no al aislamiento) en el siguiente gráfico:



Junto con esto ocurre también un importante aumento en las tasas de violencia hacia la mujer y maltrato infantil como un factor a atender con mucho cuidado, por las dificultades que el aislamiento pone al formato de ayuda a quienes son víctimas de estas situaciones (Fisher, 2010; Harville et al., 2011).

El panorama general de salud mental se ve inevitablemente afectado por factores socioculturales, políticos y económicos locales, pero también por la presencia de eventos únicos traumáticos anteriores (terremotos, tsunamis) o continuos (guerras, conflictos

armados). Los factores anteriores se muestran como factores mediadores del impacto en la salud mental general, pero lo interesante es que el mismo estudio muestra que los comportamientos con riesgo de contraer una enfermedad (ébola en el caso estudiado) y la prevención misma podrían estar estadísticamente mediados por dos variables de salud mental bien específicas: trastorno por estrés post-traumático (TEPT) y depresión (Betancourt et al, 2016; Huremović, 2019). Tenemos evidencia entonces que muestra cómo finalmente la salud mental previa y posterior a los eventos se relaciona con los mismos de manera global.

### **Distribución en la población**

Los problemas antes planteados no se distribuyen de forma homogénea en la población, sino que afectan más a población que podríamos considerar vulnerable en estas condiciones, que incluye (sin orden de prioridad): los infectados y enfermos, sus familiares (énfasis en niños y adultos mayores) y compañeros de trabajo; individuos y comunidades chinas (por la discriminación que podrían estar sufriendo); personas con problemas de salud mental y física preexistentes; trabajadores de salud, especialmente enfermeras, paramédicos y médicos que trabajan directamente con personas enfermas o en cuarentena (Huremović, 2019; Shigemura et al, 2020).

### **Enfermos y sus familiares**

Los enfermos y sus familiares viven en situación de cuarentena, con miedo a morir, haciendo procesos de duelo por la pérdida de la salud, bombardeados por los medios en torno a los efectos más graves de lo que padecen. Los procesos de anticipación de la propia recuperación estarían entonces fuertemente interferidos por la información disponible y por el clima general en torno al tema, con la percepción en ciertos momentos de la pandemia de no acceso al sistema de salud por saturación, aumentando el sentido de ansiedad global. La percepción de peligro de lo que le ocurre, con bajo sentido de autoeficacia en torno al tema, con percepción de sí como vulnerable y sin acceso a figuras de protección claras se configura como el peor escenario en estos casos, por cuanto se construye como la clásica articulación de tipo ansiosa descrita por Beck (2013) en los cuadros de más gravedad.

Aquellos que están directamente afectados por un brote muestran tasas significativamente mayores que el resto de la población (en la pandemia de SARS se encontró que la prevalencia era de un 33%, 1 de cada 3). Sin embargo, en un estudio ligado a la pandemia del H1N1, se vio que los enfermos y familiares si bien mostraron indicadores de estrés, depresión y ansiedad acorde a lo esperado (particularmente en adultos mayores), no eran considerablemente mayor al resto de la población. Ese estudio concluye que, a pesar del pánico generalizado en torno a la pandemia, los directamente afectados no reportaron excesivas respuestas psicopatológicas (Elizarrarás-Rivas et al, 2010; Huremović, 2019). De todas maneras, extrapolar esto a la pandemia actual no es posible, en tanto el alcance de la misma y el manejo mediático han sido completamente distintos.

Los ejercicios de aproximación mnémica realizados en estas condiciones, habitualmente llevan a un aumento considerable del arousal corporal y si no se logra integrar bien esto con

los aspectos propios de autoimagen (por ejemplo, sentirse capaz de enfrentar el estrés, o sostener a la familia, o responder al rol profesional, etc), las dificultades de integración pueden implicar sintomatología ya sea de tipo ansiosa (crisis de pánico, ansiedad aguda, comer mucho, insomnio) o conductas de riesgo (adicciones, aislamiento, hipervigilancia, etc).

En niños, niñas y adolescentes particularmente, y más allá de si tienen o no un familiar enfermo, es importante entender que hay ciertas respuestas a atender que se manifiestan de forma distinta, y que a veces son poco consideradas por el nivel de estrés y ansiedad de los cuidadores en estas circunstancias. Los más típicos son fenómenos de tipo regresivos en el comportamiento de los niños, niñas y adolescentes, disminución de las habilidades académicas, agresión a otros y autoagresión (Dyregrov, Yule & Olf, 2018). Las consecuencias en salud mental de NNA apuntan a aumento en tasas de Síntomas de Estrés postraumático y TEPT propiamente tal, depresión, ansiedad de separación, alteraciones del sueño y fobias específicas (Sommer y cols., 2013; Dyregrov, Yule & Olf, 2018). Los factores que aumentan el riesgo de que las reacciones normales de un niño, niña y adolescente ante el desastre generen secuelas en su salud mental apuntan a la falta de información de los padres y las familias, la ausencia de comprensión por parte de los maestros, confusión, separación de las figuras primarias, distracción parental, percepción de lucha familiar “en contra de”, y los quiebres de rutinas (Sommer y cols, 2013; Dyregrov, Yule & Olf, 2018; Morganstein & Ursano, 2020).

Esto muestra una importancia radical en situación de pandemia, ya que el aislamiento implica mucho tiempo de los cuidadores con los niños, niñas y adolescentes sin los apoyos que habitualmente tienen desde el mundo académico. Desde ese punto de vista, las intervenciones que pueden parecer sensatas (por ejemplo, enviar indicaciones a los cuidadores de lo que hace bien a los niños, niñas y adolescentes), podrían resultar contraproducentes porque si los cuidadores lo leen como tarea, desde su perspectiva narrativa podrían construirlo como otra demanda más en un período de fuerte estrés. Esto podría llevarlos a dificultades para integrar las sugerencias realizadas por el mundo académico o de salud. Lo más peligroso sería que ante la percepción de estrés (arousal corporal) que gatilla la percepción de demanda de terceros (percibido como alguien que me evalúa negativa o positivamente si me adecuó o no a sus expectativas), se integre generando cambios en la percepción que tenga el adulto del niño, niña o adolescente (“tú que me das puros problemas”). Este tipo de construcciones mentales puede llevar a situaciones de aumento de estrés en el niño, niña o adolescente y de violencia o de maltrato de parte de los adultos. Para prevenir lo anterior, hay que enviar las instrucciones para los cuidadores considerando siempre primero la preocupación por el bienestar de ellos en tanto adultos responsables de quienes se busca proteger desde salud y educación.

### **Equipos de salud**

En los equipos de salud como población de riesgo, hay diversos estudios ya realizados en distintos desastres ecológicos y pandemias. Los estudios plantean que entre un 10% y un 30% de los trabajadores de salud que han atendido pacientes afectados por una pandemia van a desarrollar durante o después de un brote infeccioso síntomas significativos de estrés, ansiedad, depresión, hostilidad, síntomas de TEPT, insomnio y somatizaciones,

particularmente en personas que tenían que trabajar directamente con los enfermos más grave, que tenían antecedentes de trastornos del ánimo y que eran más jóvenes (Huremović, 2019). Incluso hasta tres años después del brote de SARS, la experiencia tanto de haber trabajado directamente o haber estado en cuarentena mostraba efectos, en el aumento del consumo de alcohol particularmente, en los trabajadores de salud (Wu et al., 2008).

Los factores que más impacto tienen en la población de trabajadores de salud son: percepción de riesgo de contraer la enfermedad, impacto de la crisis de salud en el futuro laboral, aislamiento, afecto depresivo previo, trabajar en una unidad de cuidados o tratamientos intensivos, cuidar a muchos pacientes (en oposición a uno sólo) y estrés laboral (Styra et al., 2008; Huremović, 2019). De todas maneras, todos los estudios mencionan una alta capacidad de adecuación y adaptación, en la medida que al avanzar el tiempo del brote los indicadores tienden a mejorar (Wu et al., 2008; Huremović, 2019).

Al profundizar en el porqué de la recuperación, aparecen en trabajadores de salud como factores protectores: una clara comunicación de las instrucciones y medidas preventivas, la habilidad para poder dar retroalimentación y obtener apoyo de los cargos directivos, supervisores y colegas, apoyo de las propias familias, la posibilidad de hablar con alguien sobre sus experiencias y convicciones religiosas (Chan & Huak, 2003).

Particularmente en torno al impacto del brote de covid-19 en trabajadores de la salud, ya hay un estudio en China, (Chen et al, 2020) y los resultados muestran que las principales preocupaciones de los profesionales de la salud son: estar trabajando con menos recursos de los que se requieren, contagiar a sus familiares y las dificultades de contacto que hacen que sus cercanos estén muy preocupados por ellos. Estos datos coinciden con los presentados por Morganstein y Ursano (2020) y por Huremović (2019) en otros desastres naturales y pandemias, y con las encuestas realizadas por el colegio médico que ha difundido su presidenta en prensa los pasados días en la situación actual. A esto agregamos el hecho de que la preocupación por los familiares se ha visto que genera un aumento en el ausentismo laboral (Morganstein & Ursano, 2020), con la consiguiente disminución de recursos para el sistema. Para disminuir esto, un extenso estudio cualitativo llevado a cabo en EEUU muestra que lo más eficaz es una comunicación efectiva, oportuna y continua por parte del liderazgo del hospital, asegurando el equipo de protección adecuado y manteniendo siempre la cantidad de personal requerido para no sobrecargar al equipo (Lesperance & Miller, 2009).

Un aspecto que arroja la investigación de Chen et al (2020) que atañe directamente a los equipos de salud mental, es que los equipos médicos manifestaron estar preocupados por no saber cómo manejar a pacientes que no aceptan la cuarentena o que eran poco cooperadores con el tratamiento por pánico o falta de conocimiento. Insumo que es de considerar por cuanto la psicoeducación respecto al manejo interpersonal de problemas conductuales o afectivos podría generar un impacto importante en el equipo de contacto directo. Si perciben al paciente poco cooperador como un problema, que afecta directamente el propio rendimiento como profesionales de la salud, puede gatillar una serie de construcciones perceptivas referidas a autoimagen (sentirse incapaz, por ejemplo) o a alteridad (percibir al paciente como un “problema sin solución”, “un paciente cacho”). Esto

podría disminuir la efectividad del tratamiento por problemas en la alianza de trabajo, que en cualquier área de la salud es nuestra primera herramienta para lograr la adherencia a un tratamiento (Koch et al, 2009; Ruiz, 2019).

Respecto al apoyo al equipo, las recomendaciones son en su mayoría las de estar disponible para poder hablar de los temas que aquejan a los funcionarios, insistiendo un poco más en aquellos que les toca luego de sus turnos pasar por períodos de aislamiento. Los estudios coinciden en el cuidado una vez terminada la pandemia, con particular énfasis en adicciones, tept y depresión (Wu et al., 2008; Huremović, 2019; Morganstein & Ursano, 2020).

### **En población con diagnóstico de salud mental previo**

Las personas con problemas previos de salud mental, presentan más riesgo de mostrar síntomas ansiosos respecto a la llegada de la pandemia, particularmente si antes tenían algún trastorno ansioso o del ánimo (Huremović, 2019).

Niños, niñas y adolescentes que habían recibido antes de la pandemia algún diagnóstico o tratamiento en salud mental, así como los pacientes con desórdenes de tipo neurótico y somatomorfos, mostraron particular vulnerabilidad ante la pandemia en un estudio realizado post brote de H1N1 (Page et al, 2011; Huremović, 2019).

Así mismo, se observan un riesgo aumentado de crisis y comportamientos rabiosos o impulsivos en cuadros graves como los trastornos esquizofreniformes y los trastornos bipolares, con el consiguiente riesgo aumentado de no desarrollar conductas de autocuidado que lo protejan de la pandemia, aumentando así también el riesgo de enfermar y de morir (Page et al, 2011; Huremović, 2019).

A esto se agrega la estigmatización asociada a los cuadros de gravedad sufrida incluso de parte del personal médico, lo que pone a esta población en el foco de cuidado.

Importante la mantención de tratamientos farmacológicos y psicológicos en cuadros graves, severos o crónicos. La situación tanto de pandemia como de confinamiento puede constituirse como una experiencia que estanca un proceso de cambio largo que se venía llevando e incluso el tratamiento considerado para otras circunstancias podría volverse iatrogénico en situación de cuarentena. Los ejemplos más claros son los relativos a fármacos que requieren monitoreo de sangre semanal, los medicamentos que provocan mayor dependencia, como las benzodiacepinas, y los tratamientos inyectables.

### **En población general**

Si miramos el impacto ya en general en la comunidad, Morganstein y Ursano (2020) desarrollan un modelo de reacciones por fases ante un desastre, basándose más que en literatura, en la propia experiencia trabajando con equipos de salud en dichas circunstancias. Desarrollan el siguiente esquema:



Si esto se aplica a la situación actual, podría ocurrir una dificultad respecto al tiempo, en la medida que lo que ocurre no implica un evento único sino un cambio de contexto que dura meses. Esto podría implicar que las fases heroica y de luna de miel podrían alargarse (una gran oportunidad para intervenir en la comunidad), pero también que la desilusión sea más severa y más extensa, al haber más tiempo para compartir de manera rumiativa los problemas sociales que comenzarán a ocurrir a partir del derrumbe económico. Es la primera etapa la principal oportunidad de trabajo, en tanto ventana de acceso comunitario que permita fortalecer los lazos de la población con los equipos de salud mental para mejorar la adherencia a las indicaciones preventivas y pesquisar tempranamente a los pacientes más graves.

En lo que corresponde a las fases de desilusión y reconstrucción, es esperable como impacto general luego de una pandemia (específicamente luego del brote de SARS en Taiwán) un aumento del pesimismo general en la población que, junto con factores demográficos, preexistencia de cuadros clínicos, nivel socioeducativo, sentirse preparado antes del brote y experiencias personales ligadas a la pandemia, influye directamente en las reacciones de distrés (Huremović, 2019).

Específicamente en cuanto a la cuarentena y los fenómenos de aislamiento, se dispone de menos datos que en situaciones de desastre. 8000 personas estuvieron en cuarentena en 2003, durante el brote de SARS en Singapur (Huremović, 2019), 15000 en Toronto, Canadá, en 2004 durante el brote también de SARS (Hawryluck et al, 2004) y en EEUU en 2014 se indicó cuarentena a unas 200 personas que estuvieron en contacto con pacientes contagiados de ébola, al regresar a sus casas (Huremović, 2019). Los estudios que hay son consistentes en que entre un 30 y un 45% de las personas en cuarentena desarrollan síntomas y problemas de salud mental. En concreto, se repiten síntomas de TEPT

independiente de haber o no estado enfermo, datos que sugieren que la cuarentena en sí misma es vivida como un trauma personal. Los síntomas de TEPT son más intensos y frecuentes a mayor tiempo en cuarentena y si la persona estuvo en contacto directo con alguien enfermo. Se observan también síntomas depresivos, ansiosos, distrés (que aumenta cuando las personas adhieren estrictamente a las medidas de control de la infección), aislamiento simbólico y psicológico (distanciamiento e inhibición) e incertidumbre (Hawryluck et al, 2004; Huremović, 2019).

### **III. Fenómenos de interés clínico**

Siguiendo el esquema expuesto anteriormente, propuesto por Shigemura et al. (2020), y considerando otros fenómenos clínicos de gravedad estudiados, es importante profundizar en algunas reacciones de distrés específicas, algunas conductas de riesgo y los problemas psicopatológicos que implican mayor cuidado como fenómenos de riesgo o de gravedad psicopatológica.

#### **Insomnio**

En términos de salud mental, la reacción de distrés más importante a atender de las mencionadas es el insomnio, por su impacto en todas las otras reacciones y en las distintas áreas de funcionamiento general. Puede presentarse como problemas para conciliar el sueño, como despertar precoz o como “dormir poco reparador”. El problema con este síntoma en específico es que de no ser manejado se constituye como factor de riesgo para otros problemas de salud tanto mental (depresión, ansiedad, suicidio, ciclaje en cuadros bipolares y episodios psicóticos agudos) como físicos. La recomendación es atender a la higiene del sueño como primera medida, identificar el origen específico de las dificultades para dormir, registro del sueño (cuadrícula del dormir) para recuperar sentido de control, incorporar estrategias de relajación y meditación y, sólo si estas medidas no funcionan, acudir a atención médica para ver alternativas farmacológicas (Sierra, Jiménez-Navarro y Martín-Ortiz, 2002; Miró, Lozano y Casal, 2005).

Especial cuidado al respecto cuando se trabaja en base a turnos, como ocurre en los trabajadores de la salud. En la medida que al sistema circadiano le cuesta más adaptarse rápidamente al nuevo horario, surge una des-sincronía entre el ritmo de los sistemas fisiológicos internos y las exigencias horarias externas, generando un fenómeno al que llaman algunos autores “deuda crónica de sueño”. Esto conlleva serios problemas de salud (musculoesqueléticos, gastrointestinales, digestivos, alteraciones nutricionales, cáncer, ansiedad, alteración del ritmo circadiano, trastornos del apetito, várices, síndrome de Burnout, más riesgo de fracturas, aumento de masa corporal, envejecimiento precoz), de afectación familiar y/o social (falta de coincidencia, sobrecarga de rol, interferencia vida-trabajo y viceversa, dificultad de integración a actividades sociales, aumento de frecuentación de los servicios médicos, aumento en el gasto farmacéutico) y afectación en la actividad profesional (aumento de errores, problemas para mantener la atención,



disminución de la productividad, aumento de accidentes laborales, ausentismo) (López y cols., 2013; Bonet-Porqueras y cols, 2009).

Como sugerencias asociadas al manejo del insomnio en estos casos, la sola higiene del sueño no es suficiente. Al aprender cómo ajustar los ritmos internos a la misma fase que el tiempo de trabajo, pueden mejorar el sueño durante el día y el funcionamiento familiar y reducir la somnolencia y los errores relacionados con el trabajo. La modificación de factores externos como el patrón de rotación, el número de turnos de noche consecutivos trabajado, y los patrones de ingesta de alimentos y bebidas pueden ayudar a reducir los efectos negativos para la salud del trabajo por turnos. Pueden adoptar medidas como la siesta corta, la eliminación de horas extras en turnos de 12 horas, y completar tareas difíciles antes de las 4 am para reducir los errores de atención al paciente. Las intervenciones no farmacológicas, como el ejercicio y la exposición a la luz, y los medicamentos que contienen melatonina o cafeína, pueden tener beneficios clínicos en algunas personas. Sin embargo, no reportan beneficios en la salud a largo plazo (Miró, Lozano y Casal, 2005).

## **Duelo**

Es considerada una reacción universal en situaciones de desastre ecológico (Morganstein & Ursano, 2020). Tanto por la percepción de pérdida de la salud como por la muerte de seres queridos, el duelo es un tema a atender en este período. A esto agregamos separaciones de seres queridos en períodos de cuarentena, pérdidas de trabajo, cambios en general. Hay que incorporar incluso los fenómenos que podríamos llamar de “duelo imaginario”, en tanto que los cuadros de corte ansioso y depresivo pueden anticipar la muerte posible de sus seres queridos, se enfermen o no, disparando reacciones propias del duelo que deberán ser manejadas también.

Particular cuidado a los fenómenos de duelo traumático (muerte por la pandemia se podría considerar traumática en ciertas circunstancias, como lo que ocurre en guayaquil o Italia cuando las muertes son a distancia y no pueden despedirse, o mueren en casa y no pueden hacer el entierro), porque el impacto de esto se ha visto que es de larga data. En una muestra asiática hasta 6 años luego de un tsunami, el 36% de la población estudiada mantenía un duelo complicado que influía en el funcionamiento global de sus vidas (Morganstein & Ursano, 2020).

Si bien, muchas personas parecen enfrentar bien el estrés asociado a desastres en general (Bonanno, 2004), es el duelo por pérdidas asociadas a estos desastres el que estaría correlacionado con problemas de salud mental a largo plazo como TEPT, depresión y lo que llaman Desórdenes de Duelo Prolongado (PGD por la sigla en inglés) (Kristensen & Franco, 2011; Neimeyer., Harris, Winokuer & Thornton, 2011).

Las pérdidas en estas circunstancias si bien comparten la pena y la sorpresa de cualquier muerte repentina, tiene particularidades complejas que hacen más difícil el afrontamiento. A lo repentino se suman: dificultades para poder despedirse; fantasías e imágenes intrusivas respecto a cómo ocurre el momento de la muerte (muy descrito en desastres tipo terremotos o tsunamis, pero que en publicaciones periódicas hemos visto también descritas en lo que ocurre en Italia en la pandemia actual); dificultades en la búsqueda de significado

personal a la muerte, en tanto el fenómeno masivo y colectivo hace que se pierda el sentido individual y subjetivo; sensación de impotencia ante la causa de muerte; incertidumbre en el caso de la no entrega del cadáver, fenómeno que influye fuertemente en el tiempo del proceso de duelo y que cambia según si el duelante vive la misma situación de desastre o está lejos (aumenta incertidumbre si está lejos, aumenta el estrés si comparten el mismo escenario); el llamado duelo ambiguo (cuando finalmente no se encuentra el cuerpo en situaciones de desastre); y duelo múltiple cuando fallece más de un cercano en el mismo período (Kristensen & Franco, 2011; Neimeyer., Harris, Winokuer & Thornton, 2011).

Tema de particular cuidado en la salud mental futura es cuando mueren los padres de niños y adolescentes, quienes, según su etapa evolutiva y dinámicas de apego, tendrán reacciones específicas que atender (Neimeyer y Ramírez, 2007; García, 2020).

Un tema fundamental a considerar en este período con respecto al duelo, es cómo la cuarentena y la indicación de distancia social va a jugar un rol fundamental en el contexto tanto de muerte del paciente como de consuelo durante el duelo, en tanto falta de contacto físico y la imposibilidad de los rituales sociales habituales (velorio, funeral y entierro) (García, 2020).

Desde un punto de vista narrativo, todo fenómeno de duelo es construido de manera idiosincrásica y hay que poner mucha atención a cómo ocurre la integración de estos eventos cuando trabajamos con alguien al respecto. Narrativamente, la muerte implica una conclusión, un sentido de término de la historia y puede ser desde ese punto de vista significado como una resolución. Sin embargo, en otras historias contadas, puede hacerse un montaje de la muerte en tanto infinitud. Un sentido de continuidad infinita en la relación con la persona fallecida. Esto último implica dificultades para integrar algunos aspectos de la corporalidad y el mundo con las percepciones referidas a alteridad, en la medida que percibo al otro como siempre presente sin que eso tenga un correlato en los perceptos sensorio perceptivos.

Para un estudio acabado de los procesos de significado personal asociados a la muerte, se sugiere la lectura de la obra de Greg Neimeyer, particularmente los libros "*Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*" (Neimeyer y Ramírez, 2007) y "*Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice in Contemporary Society*" (Neimeyer, Harris, Winokuer & Thornton, 2011). Algunas premisas esenciales que surgen de estos libros son:

- El duelo es un proceso personal, idiosincrásico, unido de manera inseparable a nuestro sentido identitario.
- El duelo es un fenómeno de construcción personal, no algo que "nos hace la muerte", y no se mueve por fases o etapas predeterminadas.
- La muerte puede o no provocar una crisis de sentido personal. Esto es, puede validar o invalidar nuestros esquemas y creencias centrales organizativas sobre cómo concebimos el mundo en tanto lugar vivible, habitable y viable. Por ende, el duelo consiste en confirmar o rearmar el mundo de significados que fue desafiado por la pérdida.

- La muerte puede constituirse como una experiencia nueva para la que no tenemos constructos que nos permitan organizar. Es aquí cuando más riesgo de complicar el duelo existe y hay estudios que muestran que aquellas personas que más dificultades tienen para encontrar sentido a la muerte del ser querido, son aquellos que muestran síntomas por más tiempo (Holland, Currier, & Neimeyer, 2006; Prigerson et al., 2009)
- Es esperable que ocurra toda categoría emocional durante el proceso de duelo. La más alta prevalencia de casos de pena, rabia, culpa e impotencia no debiera sesgar el proceso de quien acompaña terapéuticamente a un duelo.
- Existen distintos roles en el proceso de duelo (de luto, víctima, herido, sobreviviente, pilar de la familia, valiente, soporte, etc), ninguno más o menos válido que otros.

Para evitar complicaciones psicopatológicas del duelo en situaciones de desastre ecológico y pandemias, hay varias prácticas que pueden ayudar:

- Entregar información clave: algunos estudios (Lehman, Wortman, & Williams, 1987; Winje, 1998) muestran que saber qué se hizo por salvar o ayudar a la persona fallecida, qué dijo o pensó antes de morir, cuáles fueron las causas directas, si tuvo miedo o sufrió dolor antes de morir, son respuestas que pueden prevenir reacciones de duelo complicadas (particularmente las reacciones de rabia, que habitualmente se dirigen hacia las autoridades políticas, sanitarias o personal del equipo que lo trató) (Kristensen & Franco, 2011; Neimeyer., Harris, Winokuer & Thornton, 2011).
- Confrontational support: es un método de trabajo que se realiza en apoyo a las víctimas que nace en Noruega y se utiliza para el manejo en pérdidas por desastres naturales o grandes accidentes (Winje & Ulvik, 1995). La traducción al castellano puede prestarse para malas interpretaciones, en tanto la palabra “confrontación” está asociado a “ser directo” y no se refiere a ello. En este caso, se refiere a llevar a los pacientes a confrontarse con las circunstancias y lugares de muerte de sus seres queridos, protegiendolos de los hechos más duros. En alguna medida “suavizando” la lectura de aquello que ocurrió, pero en directa relación con los lugares y los hechos. Frases como “murió durante el sueño” o “casi no sintió dolor” son parte de la habitual intervención en estos casos. Si bien pareciera ser una intervención de sentido común, los estudios asociados muestran buenos resultados en la medida que se confronta y aproxima a los hechos reales. Suavizar los hechos sin confrontarse con lo que realmente ocurrió, puede tener un impacto negativo (Winje & Ulvik, 1995; Kristensen & Franco, 2011; Neimeyer., Harris, Winokuer & Thornton, 2011).
- Apoyo de pares en grupos de duelo: en diversos desastres naturales y accidentes (en Noruega, Brasil y Australia específicamente) se vio que compartir con otras personas que sufrieron la misma pérdida ayuda a disminuir el tiempo de recuperación (Kristensen & Franco, 2011). En Chile la experiencia del grupo Renacer, que por años ha trabajado en el apoyo a padres que han perdido hijos, funciona como respaldo de esta evidencia.
- Asistir a actividades conmemorativas: fenómeno ligado a la percepción de no estar solo enfrentando el problema y que ayuda en la construcción de sentido, desde lo colectivo hacia lo individual (Kristensen & Franco, 2011)

- Religiosidad: los rituales religiosos se suman a los factores anteriores, pero funcionan también como un factor protector específico independiente. Las creencias religiosas permiten la construcción de un significado positivo a la muerte y a través del sentido de pertenencia a una comunidad religiosa, media la respuesta de construcción del duelo (Ávila y De La Rubia, 2014; García, 2020)
- Psicoterapia: específicamente procesos terapéuticos orientados a la elaboración del duelo en un segundo momento post muerte en situación de desastre. Los estudios hablan de terapias que van de 6 a 36 meses post muerte (Neimeyer., Harris, Winokuer & Thornton, 2011).

### **Adicciones**

Las situaciones de estrés colectivo van asociadas a un aumento masivo de consumo, mediados por el aumento en cuadros como TEPT y depresión, cuando estas circunstancias están ligadas a desastres naturales (American Psychological Association, 2017; Gallaher & Andrés, 2019). Cabe destacar que las situaciones de estrés masivo que podrían considerarse positivas, como un triunfo deportivo, también resultan en un aumento de consumo importante.

En general, las pautas adictivas “fuera de casa” en este período tienden a complicarse por la cuarentena. Esto conlleva, por un lado, un aumento de riesgo de romper la cuarentena (por ende, de enfermar por la pandemia), y, por otro lado, de un fuerte aumento de los fenómenos de abstinencia. En ese sentido, se recomienda tener particular cuidado con la posible detención del suministro de medicamentos en el paciente que ya estaba en tratamiento por adicciones, porque dependiendo de la etapa del mismo, la falta de medicamentos puede traer graves recaídas o patologías de tipo cardíaca por fuertes síndromes de abstinencia (Huremović, 2019).

El funcionamiento adictivo implica forzar muchas veces el cuerpo por dificultades de integración de aspectos o conflictos que usualmente son referidos a alteridad o autoimagen. Resulta habitual que una persona que tiene problemas de adicciones, cuando se enfrenta a un conflicto con alguien, en vez de actuar en la relación con ese alguien busque “calmar el cuerpo”, detener la sensación que le genera el conflicto, activando pautas de consumo u equivalentes. En las circunstancias de cuarentena, en donde el conflicto es más difícil de evitar, podemos tener tanto problemas importantes de recaídas, como una oportunidad de intervención y tratamiento. Las intervenciones en línea, telefónicas o en domicilio con los cuidados que la pandemia requiere, pueden ayudar a generar grandes avances, en tanto la conducta de escape se tiende a ver interferida. Si el escape no es “hacia afuera”, pero no hay un encuentro con alguien que le ayude a construir nuevos formatos de afrontamiento que incluyan su relación con el conflicto que lo activa, podría llevar a escapes “hacia adentro”, en el mundo privado, que vuelvan aún más complejo el cuadro.

Los ejercicios de aproximación mnémica y perceptiva que realiza el paciente, en términos tanto imaginarios como conductuales, giran habitualmente en torno a situaciones problemas que ellos mismos denominan como “gatillantes”, con un sentido de inmediatez de la experiencia muy alto (como si revivieran sensaciones). Así mismo, lo acompañan de creencias que validan el consumo (“un traguito para pasar el aburrimiento de este encierro”,

“no estoy tomando, me estoy sirviendo para poder mantener a raya mi adicción durante este período”, “la marihuana relaja, y en este período de encierro es super peligroso tener mucha ansiedad”, etc.) y anclado a experiencias interpersonales con referencias de tipo cruzadas, en donde externaliza aspectos personales (“se enojó conmigo porque sabe que cuando pasa eso, yo tomo”) y auto refiere aspectos de otros.

Lo anterior se complica al incorporar los comportamientos familiares codependientes (cualquier conducta que suavice las consecuencias de consumo del paciente), muy habituales, y la disminución familiar y comunal de la percepción negativa respecto al consumo por la relativización situacional (del tipo “bueno, al menos ahora se queda en casa” o “qué más se le puede pedir, si estamos todos tan estresados”).

## **Suicidalidad**

Otro fenómeno de alto interés clínico que hay que mirar con mucha detención es el suicidio. Hay que tener en cuenta que todo acto suicida: implica ambivalencia, por lo que las comunicaciones suicidas pueden ser contradictorias y confusas (Robins, Cassner, Kayes, Wilkinson & Murphy, 1959; Shneidman, 1971; 1973; 1984; 1994a; 1994b; Wolk-Wasserman, 1986; Owen et al., 2012; Gómez, 2018a; Gómez, 2018b); constituye un problema complejo, multicausal, y en estrecha relación con la clínica y los cuadros psicopatológicos; funciona en un continuo suicidal, que va desde el deseo de muerte hasta el suicidio propiamente tal, continuo durante el cual puede ocurrir la comunicación suicida de manera explícita o tácita (Robins et al., 1959; Silverman, Berman, Sanddal, O’Carroll & Joiner, 2007; Wasserman, Geijer, Sokolowski, Rozanov & Wasserman, 2007; Wasserman et al., 2012; Gómez, 2018); y, como toda experiencia humana, siempre incluye a un otro, esto es, ocurre en relación con o referido a fenómenos interpersonales (Shneidman, 1971; 1973; 1984; 1988; 1994a; 1994b; Wolk-Wasserman, 1986; Wasserman, 2008; Owen et al., 2012; Gómez, 2018). Esto como punto de partida de comprensión de un fenómeno complejo, que debe ser estudiado caso a caso, identificando los drivers suicidas individuales y personales de cada sujeto.

En situación de catástrofe particularmente, el fenómeno global muestra un comportamiento curioso. Se ha visto que disminuye inicialmente post catástrofe, mediado por la aproximación de factores protectores (ayuda post catástrofe) y una mayor confianza en los equipos de salud por las reacciones de este ante el desastre natural. Sin embargo, se observa que posterior a ello, aumenta el riesgo suicida ligado al agravamiento durante los años consecutivos a una catástrofe de los cuadros clínicos asociados (Kessler et al., 2006; Morganstein & Ursano, 2020).

Esto ha sido estudiado en tsunamis, terremotos y huracanes, lo que presenta un mecanismo muy distinto de aproximación a los equipos de salud que en una pandemia. Es importante en esta situación actual no dejar que la percepción del usuario sea de un equipo de salud mental desaparecido, atendiendo a otra población (solamente enfermos o equipos de salud), sino también de un equipo presente con los usuarios que ya estaban siendo atendidos previamente y que los ayuda a lidiar con la situación de aislamiento. Entrenar a los médicos, enfermeras y paramédicos de contacto directo con las personas afectadas por la actual pandemia con respecto a la valoración de gravedad y emergencia en suicidalidad, puede ayudar a reducir en algo la cifra. Sin embargo, el problema ligado al continuo suicidal

surgirá tiempo después y es importante que los equipos de atención primaria y secundaria estén preparados para el aumento de demanda en torno a esta temática. Si a esto agregamos el fenómeno de contagio suicida (Minsal, 2013), tenemos que las acciones a considerar para frenar el alza de este fenómeno de alta complejidad deben ser rápidas y lo más eficientes posibles (Huremović, 2019).

El abordaje es necesariamente en este caso combinando psicoterapias efectivas en la temática de suicidio con farmacología. Para considerar los modelos psicoterapéuticos como efectivos en torno al tema suicidio hay que tomar en cuenta 3 indicadores: sobrevivencia del paciente a través del control de los comportamientos suicidas, mantener tanto al terapeuta como al paciente comprometidos y con una buena alianza de trabajo, y fomentar una visión del paciente de tener una vida digna de ser vivida. Bajo estos criterios, los modelos que muestran mejores resultados son aquellos que también muestran buenos indicadores en Trastornos Límites de la Personalidad: la terapia conductual dialéctica, la terapia focalizada en esquemas, la terapia centrada en la transferencia, el tratamiento basado en la mentalización, terapia cognitiva basada en mindfulness y las llamadas Good Psychiatric Management elaborados por Gunderson (Sledge et al., 2014; Pérez y Sánchez, 2019).

### **Delirios y experiencias psicóticas**

Desde las alucinaciones hipnopómpicas e hipnagógicas hasta fenómenos pseudo alucinatorios aumentan su frecuencia en circunstancias de estrés alto, en la medida que ocurre una percepción de sobredemanda respecto a la percepción de recursos personales de afrontamiento. Por otra parte, en situaciones post-traumáticas las alucinaciones y pseudoalucinaciones de tipo re vivenciales están descritas como partes del cuadro y como criterio de gravedad del mismo (Valiente-Ots, Villavicencio-Carrillo & Cantero-Martínez, 2006; Norris & Wind, 2009). En estos casos la experiencia referida como externa al propio dominio puede relacionarse por parte de los observadores externos, de manera directa o indirecta, con las experiencias de aislamiento o vividas como traumáticas.

La pandemia y cuarentena alimentan construcciones de tipo paranoides, tanto por aspectos propios de las infecciones (procesos inflamatorios que provocan encefalopatías, por ejemplo) como por aspectos contextuales ligados al fenómeno (aislamiento, estrés aumentado, miedos exacerbados, teorías que dan vuelta por internet y los medios en general, etc) (Huremović, 2019). Estas construcciones delirantes tienen como característica el ser intensas, inflexibles, penetrantes, con alto alcance en distintas áreas de la vida del paciente y con mecanismos que podríamos llamar de autopropagación (Rector, Stolar & Grant, 2011), mecanismos a considerar en la situación actual, por cuanto es muy fácil en redes sociales encontrar teorías y construcciones que validen en tanto supuesta información externa, las construcciones delirantes inflexibles de una persona.

Los fenómenos de tipo psicóticos pueden implicar hiper-reflexividad, con exceso de demarcaciones o distinciones que se van agregando al mundo perceptivo, generando un sentimiento de caos, de desorden, de confusión, muy típico en fenómenos de difusión identitaria o de disociaciones hiper-productivas como los fenómenos de perceptualización (traslado de conceptos abstractos a perceptos). Y pueden también implicar fenómenos de sub-inclusión perceptiva, esto es, disminución de distinciones de matices en la experiencia,

con atención que tiende a ser focal e hiper detallista con dificultades de integración por pobreza de los esquemas de procesamiento (Perris, 1988, Rector, Stolar & Grant, 2011; Díaz, 2020).

Es útil poner un particular foco en estas circunstancias al aislamiento como fenómeno que puede predisponer a la construcción psicótica. El ser humano no logra concebirse sin alteridad, sin un otro en su mundo. El aislamiento puede llevar a fenómenos de tipo agregativos, de construir percepciones referidas a alteridad (en un ejemplo coloquial, de la misma manera en que el náufrago construye en la pelota de voleibol a su compañero Wilson en la película protagonizada por Tom Hanks). Así mismo, cuando las distinciones corporales son muy intensas, como en las revivencias post-traumáticas, las percepciones se confunden con aquellas referidas al mundo, y pueden ocurrir fenómenos de confusión sensorial, percibiendo visual o auditivamente distinciones de tipo afectivas o sensorio-perceptivas.

Otros casos que podríamos encontrar en este período están ligados a conflictos de integración en autoimagen. Percepciones ligadas a la desilusión de otros significativos (padres, hijos, pareja, compañeros de trabajo) pueden convertirse en fenómenos de tipo grandilocuencia narcisista, ser especial en torno a la pandemia actual, tener una misión especial. De esta manera, puede satisfacer en ciertos momentos la necesidad de corresponder con la expectativa que percibe que otros tienen con respecto a su rol, “saltándose” los sentimientos negativos que ocurren cuando percibe que no logra dicho reconocimiento.

En personas con historia de maltrato severo y en contexto de encierro con los agresores (padres, parejas, hermanos, hijos), pueden ocurrir también fenómenos de tipo disociativos, con sensaciones de desrealización, de estar “fuera de este mundo” mirando sin sentir lo que está ocurriendo. Misma lógica ligada al black out, horas o días completos sin consciencia en algunos pacientes. Al no poder integrar en autoimagen la experiencia dolorosa de maltrato el paciente “apaga el sentir” o se desconecta de su mundo.

En términos de tratamiento cuando esto ocurre, hay que tener algunos cuidados generales, como evitar la terapia de insight (no aumento de consciencia reflexiva), centrarse en el presente, fortalecer las estrategias de afrontamiento y de resolución de problemas y ayudar en la integración entre las distintas instancias de referencia (esto es, ayudar al paciente a que las percepciones que tiene referidas a alteridad puedan relacionarse de manera cómoda con las percepciones corporales y de autoimagen).

#### **IV. Ideas generales de prevención e intervención**

En condiciones actuales, los datos y la experiencia previa debieran constituirse como una guía de acciones que resulten efectivas y eficientes en la prevención, manejo y tratamiento de problemas de salud mental. Frente a desastres, uno de los factores fuertemente asociados a la efectividad de una intervención, es la coordinación con los agentes locales (Sommer y cols, 2013).

En población infantil, específicamente, se privilegia la comunicación de riesgos a las niñas, niños y adolescentes para involucrarlos en la reducción de riesgo directamente asociada al desastre (en este caso, el contagio) y en la prevención de las consecuencias de salud mental. Para ello se sugiere disponer de material educativo dirigido a los padres, profesores y otras personas de la comunidad educativa y de salud que les ayuden a distinguir señales de distrés en niños, niñas y adolescentes, porque la prevención e intervención temprana son los protectores fundamentales (Dyregrov, Yule & Olf, 2018; Morganstein & Ursano, 2020). Toda la sintomatología que podríamos llamar internalizante puede pasarse fácilmente por alto.

La evidencia plantea que el modo de prevenir la aparición de psicopatología grave en la población pediátrica es a través del cuidado de la salud mental de la familia. Según cómo afronte el entorno del niño, niña y adolescente la pandemia, ocurrirá la construcción perceptiva del mismo. Esto está influido por la edad del niño, niña o adolescente, por su posibilidad de comprensión de los eventos vitales a los cuales ha estado sometido, por la percepción de protección y seguridad que el entorno familiar le puede otorgar, junto con lo temprano de la contención y reorganización de la red de apoyo social (incluido comunidad educativa y salud) (Sommer y cols., 2013; Dyregrov, Yule & Olf, 2018).

La diferencia existente, por ejemplo, entre la frecuencia de TEPT en niños, niñas y adolescentes según la presencia o no de sintomatología ansiosa en los padres ha sido estudiada, concluyendo que aumenta el riesgo de TEPT en niños, niñas y adolescentes cuyos padres están sintomáticos (Sommer y cols., 2013).

Es importante entender en este punto que la mayoría de los factores de riesgo en la salud mental de los niños, niñas y adolescentes, mencionados en un apartado anterior en este mismo apunte, dependen de los adultos responsables. Esto muestra una importancia radical en situación de pandemia, ya que el aislamiento y cuarentena implican mucho tiempo de los cuidadores con los niños, niñas y adolescentes sin los apoyos que habitualmente tienen desde el mundo académico. Para prevenir, hay que desarrollar acciones para que los cuidadores se sientan tranquilos y seguros y vean lo escolar como un contexto de apoyo al cual puedan recurrir cuando lo requieran. Su bienestar, en tanto adultos responsables, protege directa e indirectamente la salud mental de los niños, niñas y adolescentes.

La evidencia indica que las acciones que pueden ayudar son:

1. Educar a la comunidad durante y posterior al evento respecto a cuándo y dónde acudir en caso de problemas de salud mental. Intervenciones de tipo educativas que permitan a la persona reconocer en sí mismo y sus pares señales de riesgo que requieran consulta. Así, el primer filtro se des-satura permitiendo mayor fluidez a la atención primaria principalmente. Hay que considerar que esta primera etapa coincide con el sentido de “unión comunitaria” (community bonding) que ocurre luego de una experiencia traumática compartida, lo que ayuda en la colaboración general con el sistema de salud (Morganstein & Ursano, 2020). Una buena estrategia es buscar apoyo en los medios (particularmente en la televisión que en 2020 sigue siendo el medio de más masividad y de menor diferenciación socioeconómica),



organizaciones comunales y religiosas, llevado por personal de atención primaria, secundaria y actores comunitarios en general.

2. Un tema crucial en esta primera parte es la comunicación. Los estudios muestran que es la principal herramienta de intervención comunitaria en situación de desastre, y que desde las figuras de liderazgo tanto a nivel país como local en torno al equipo de salud, da forma a la percepción, construye confianzas, favorece la participación en conductas de promoción de salud, reduce el estrés y dirige el impacto que tenga el desastre ecológico en la comunidad (Reynolds, Seeger, 2012; Dodgen, Hebert, Kaul, 2017). Desde ese punto de vista, la psicoeducación debe considerar principios básicos como contar verdades, diciendo lo que se sabe y lo que no, comprometerse con responder preguntas, evitar falsos reaseguramientos y utilizar lenguaje no técnico (Dodgen, Hebert, Kaul, 2017; Huremović, 2019; Morganstein & Ursano, 2020). Algunos aspectos a psicoeducar en esta primera fase, aparte de las recomendaciones de salud física, son: aspectos relativos a la saturación de información (se recomienda tomar descansos de ver, leer o escuchar noticias e historias relativas a la pandemia); hacerse cargo del propio cuerpo (alimentación, ejercicio, respiración, estiramientos, autocuidado general); tomarse un tiempo para relajarse y desarrollar actividades de ocio; conectarse con otros a través de los medios que respeten el distanciamiento físico (CDC, 2020)
3. Evaluación primaria considerando otros estresores, habitualmente invisibilizados por el impacto del desastre ecológico. Los principales a considerar según la evidencia, son: vivir de manera inestable (personas desplazadas, o como en el caso de la actual pandemia, en cuarentena en un lugar que no es su casa), condición de salud física y mental previa (dolores crónicos, depresión, trastornos ansiosos, duelos, etc), uso y abuso de sustancias, dificultades de tipo ocupacional (pérdida de trabajo, falta de recursos, sobrecarga laboral), desafíos familiares (separación geográfica de la familia, violencia de pareja, maltrato infantil) y otras dificultades sociales (legales, financieras, vecinales, etc.) (Morganstein & Ursano, 2020). Puede incluir esta evaluación inicial un tamizaje de tipo psicométrico. Los métodos más utilizados son las escalas estandarizadas para trauma y enfermedades comórbidas habituales, como el PTSD Checklist (PCL-C), el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) para depresión, y el AUDIT-C para uso y abuso de alcohol (Morganstein & Ursano, 2020). Considerar síntomas depresivos y ansiosos que no configuran un cuadro propiamente tal antes de construir la intervención resulta clave, por cuanto las intervenciones que sólo atienden a la gravedad y al cuadro ya configurado como tal, no funcionan como preventivos. Así mismo, un síntoma fácilmente sub-valorado en estas situaciones es la queja somática en general. Dolores de cabeza, indigestión, mareos y palpitaciones son indicadores importantes porque podrían estar marcando el inicio de un cuadro más grave, y si son tratados en su fase inicial, reducen la consulta posterior con cuadros que requieran intervenciones más largas y costosas (Huremović, 2019; Morganstein & Ursano, 2020).
4. Primeras intervenciones o intervenciones tempranas, considerando las que están validadas para situaciones de desastre (pensando más en TEPT que otros cuadros) están: primeros auxilios psicológicos (seguridad, calma, eficacia, conectividad, esperanza/optimismo), intervenciones de autoayuda, psicoterapias de apoyo de pares enfocadas en el trauma (CPT, PE, SIT, EMDR), farmacoterapia (de corto plazo

con foco en regulación del sueño y promoción de calma, atendiendo a los cuadros clínicos de base), intervenciones complementarias y alternativas no iatrogénicas (yoga, meditación, mindfulness) e intervenciones comportamentales (respiración diafragmática, relajación muscular, imaginería – en casos que no haya contraindicaciones) (Morganstein & Ursano, 2020).

5. Lo que más respaldo tiene en catástrofes es la lógica de los primeros auxilios psicológicos, pero hay que tener algún cuidado a la hora de adaptarlo a lo que sucede en estos días. Esto porque el inicio de esta intervención implica removerlos de la traumatización primaria y protegerlo de la secundaria, aspecto que no se puede realizar en situaciones ligadas a la propagación de un virus. Esto no quiere decir que no se puede usar este enfoque, sino que hay que tener ciertos ajustes: la traumatización es un fenómeno subjetivo, por ende, tenemos que identificar bien qué es lo que en el mundo perceptivo el paciente percibe como traumático para ayudarlo a obtener el sentido de seguridad en torno a ello. Hay que ser cuidadosos con no brindar seguridades falsas como “no te vas a contagiar” o “ya estás contagiado así que ya eres inmune”, porque constituyen falsas formas de tranquilidad. Podría ser muy útil un “no estás solo” si alguien construye su trauma como “me podría enfermar y a nadie le importa” o “si te pasa algo yo sé a dónde y a quiénes recurrir para que te cuiden” para quienes lo construyen desde un sentido de vulnerabilidad alto. Las siguientes etapas de los primeros auxilios psicológicos podrían perfectamente llevarse a cabo sin problema en la situación actual. Bastante respaldo y mucha evidencia anecdótica tienen también algunas intervenciones de tipo complementarias, como el mindfulness (mayor respaldo en evidencia) (Hofmann, Sawyer, Witt, 2010), yoga (faltan estudios, pero todos los realizados marcan una fuerte tendencia positiva en reducción del estrés y aumento del bienestar general) (Macy et al, 2018) y meditación (poca investigación pero buenos resultados anecdóticos) (Morganstein & Ursano, 2020).
6. Psicoterapia: aplicando siempre la lógica de modelos basados en evidencia para tratar la sintomatología y los cuadros que surgen desde el malestar. La evidencia plantea que la Cognitive Processing Therapy y la Terapia de exposición prolongada son las que muestran mejores resultados en traumas y estrés relacionado a TEPT. La primera incorpora: exposición imaginaria y progresiva real al evento traumático, en conjunto con un ejercicio de reestructuración cognitiva en torno a los pensamientos y significados que pueda tener respecto al evento (Huremović, 2019; Morganstein & Ursano, 2020). Nuevamente la ciencia nos muestra más los datos ligados a TEPT, pero la situación actual implica una demarcación del problema psicoterapéutico diferente. Los modelos que muestran eficacia tanto en depresión como en clínica de la ansiedad en general deberían poder mostrar buenos resultados en la situación de pandemia, así como los modelos que muestran buenos resultados en el manejo de los fenómenos clínicos de alto interés mencionados en el apartado anterior
7. Farmacoterapia: más allá de la primera aproximación sintomática y de corto plazo, una vez avanzando en el tiempo comienzan a aparecer los cuadros clínicos secundarios al evento. Para ello, la aproximación farmacológica debe combinar la atención a las reacciones normales ante el evento y los cuadros de base. Esto porque hay un solapamiento temporal entre ambos, teniendo por ejemplo respuestas

de insomnio propias de la reacción a un evento junto con un cuadro depresivo. Presuponer que la sintomatología de insomnio es propia del cuadro depresivo en estos casos, puede llevar a una mala decisión farmacoterapéutica. En estos casos de comorbilidad con depresión, los estudios muestran beneficios con trazodona, en conjunto con higiene del sueño. La evidencia respalda para TEPT, depresión o ansiedad posterior a un desastre natural el uso de SSRIs y SNRIs como primera línea de acción, así como la mirtazapina que muestra evidencia específicamente para TEPT. Benzodicepinas tienen fuerte evidencia en contra y están contraindicadas (Huremović, 2019; Morganstein & Ursano, 2020)

## V. Referencias

1. American Psychological Association, Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in adults. American Psychological Association; 2017. Disponible en: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf> [consultado 31 enero 2019].
2. Ávila, M. M., & De La Rubia, J. M. (2014). predicción de las respuestas psicológicas del duelo ante la pérdida de salud por variables de personalidad, religiosidad sociodemográficas, y existenciales. *Salud & Sociedad*, 5(3), 254-272
3. Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Descleé de Brouwer
4. Betancourt TS, Brennan RT, Vinck P, VanderWeele TJ, SpencerWalters D, Jeong J, Akinsulure-Smith AM, Pham P. Associations between mental health and Ebola-related health behaviors: a regionally representative cross-sectional survey in post-conflict Sierra Leone. *PLoS Med*. 2016;13(8):e1002073. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002073>. eCollection 2016 Aug. PubMed PMID: 27505186; PubMed Central PMCID: PMC4978463.
5. Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59, 20–28.
6. Bonet-Porqueras, R., Moliné-Pallarés, A., Olona-Cabases, M., Gil-Mateu, E., Bonet-Notario, P., Les-Morell, E., ... & Bonet-Porqueras, M. (2009). Turno nocturno: un factor de riesgo en la salud y calidad de vida del personal de enfermería. *Enfermería Clínica*, 19(2), 76-82
7. Chan AO, Huak CY. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore. *Occup Med (Lond)*. 2004;54(3):190–6.
8. Chen, Q., Liang, M., Li, Y., Guo, J., Fei, D., Wang, L., ... & Wang, J. (2020). Mental health care for medical staff in China during the COVID-19 outbreak. *The Lancet Psychiatry*, 7(4), e15-e16
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2020). Coronavirus Disease 2019 (covid-19): stress and coping. Atlanta, EU.: U.S. Department of health & Human Services recuperado de: [https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html?CDC\\_AA\\_re\\_fval=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fprepare%2Fmanaging-stress-anxiety.html](https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html?CDC_AA_re_fval=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fprepare%2Fmanaging-stress-anxiety.html)
10. Díaz, R. (2020). *Psicoterapia narrativa constructivista: deconstrucción y reconstrucción como método de intervención psicoterapéutica*. Cipra.
11. Dodgen D, Hebert W, Kaul RE. Risk Communication in Disasters: Promoting Resilience. In: Ursano RJ, Fullerton CS, Weisaeth L, Raphael B, editors. *Textbook of Disaster Psychiatry*, 2nd. Cambridge University Press: Cambridge, UK (2017). p. 162–80. doi: 10.1017/9781316481424.012
12. Dyregrov, A., Yule, W., & Olf, M. (2018). *Children and natural disasters*. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(sup2), 1500823.
13. Elizarrarás-Rivas J, Vargas-Mendoza JE, Mayoral-García M, Matadamas-Zarate C, Elizarrarás-Cruz A, Taylor M, Agho K. Psychological response of family members of patients hospitalised for influenza A/H1N1 in Oaxaca, Mexico. *BMC Psychiatry*. 2010;10(104). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-104>.

14. Fisher S. Violence against women and natural disasters: findings from post tsunami Sri Lanka. *Violence Against Women* (2010) 16(8):902–18. doi: 10.1177/1077801210377649
15. Gallaher, B., & Andrés, V. (2019). Desastres naturales y comportamiento de riesgo en jóvenes escolares: evidencia del terremoto 27F y consumo de marihuana
16. García, F. [Garfel]. (2020, abril 10). Muerte digna y proceso de duelo [archivo de video]. Recuperado de: [https://www.youtube.com/watch?v=4mWcn-S5ur4&feature=youtu.be&fbclid=IwAR0cH\\_A9snABmX-tBXlMlpwR-C7dFJDGu\\_dRpgK9ExTnkO3wkoQ7tdvmxKg](https://www.youtube.com/watch?v=4mWcn-S5ur4&feature=youtu.be&fbclid=IwAR0cH_A9snABmX-tBXlMlpwR-C7dFJDGu_dRpgK9ExTnkO3wkoQ7tdvmxKg)
17. Gómez, A. (2018a). Nomenclatura y clasificación de la conducta suicida. En Gómez, A., Silva, H. y Amon, R. (Ed.), *El suicidio, teoría y clínica* (pp.15-21). Santiago, Chile: Mediterráneo.
18. Gómez, A. (2018b). Factores cognitivos en la ideación y la conducta suicida. En Gómez, A., Silva, H. y Amon, R. (Ed.), *El suicidio, teoría y clínica* (pp.15-21). Santiago, Chile: Mediterráneo.
19. Harville EW, Taylor CA, Tesfai H, Xiong X, Buekens P. Experience of Hurricane Katrina and reported intimate partner violence. *J Interpers Violence* (2011) 26:833–45. doi: 10.1177/0886260510365861
20. Hawryluck, L., Gold, W. L., Robinson, S., Pogorski, S., Galea, S., & Styra, R. (2004). SARS control and psychological effects of quarantine, Toronto, Canada. *Emerging Infectious Diseases*, 10(7), 1206
21. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* (2010) 78(2):169–83. doi: 10.1037/a0018555
22. Holland, J. M., Currier, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Meaning reconstruction in the first two years of bereavement: The role of sense-making and benefit-finding. *Omega*, 53, 173–191.
23. Huremović, D. (Ed.). (2019). *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak*. Springer
24. Kessler RC, Galea S, Jones RT, Parker HA. Hurricane Katrina Community Advisory Group. Mental illness and suicidality after Hurricane Katrina. *Bull World Health Organ* (2006) 84(12):930–9
25. Koch, S. D. A., Barreat, Y., Escalante, G., D’Orazio, A. K., & Benitez, A. (2009). La relación médico-paciente y su influencia en la adherencia al tratamiento médico. *MedULA*, 18(1), 33-39
26. Kristensen, P., & Franco, M. H. P. (2011). Bereavement and disasters: Research and clinical intervention. In Neimeyer, R. A., Harris, D. L., Winokuer, H. R., & Thornton, G. F. (2011). *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice in Contemporary Society* (pp. 206-218). Routledge
27. Lehman, D. R., Wortman, C. B., & Williams, A. F. (1987). Long-term effects of losing a spouse or child in a motor vehicle crash. *Journal of personality and social psychology*, 52(1), 218
28. Lesperance AM, Miller JS. Preventing absenteeism and promoting resilience among health care workers in biological emergencies. U.S. Department of Energy (Richland, Washington) (2009) p. 56. Retrieved from [https://www.pnnl.gov/main/publications/external/technical\\_reports/PNNL-18405.pdf](https://www.pnnl.gov/main/publications/external/technical_reports/PNNL-18405.pdf). doi: 10.2172/974987
29. López, M. M. G., López, C. O., Alonso, J. C., Martín, R. C., Rodríguez, A. L. B., López, A. O., & AL, O. L. (2013). El trabajo a turnos. Una realidad en la vida y la salud de las enfermeras. *Nure Investigación*, 2(64), 34-45
30. Macy RJ, Jones E, Graham LM, Roach L. Yoga for trauma and related mental health problems: a meta-review with clinical and service recommendations. *Trauma Violence Abuse* (2018) 19(1):35–57. doi: 10.1177/1524838015620834
31. Ministerio de Salud (2013). Norma General Administrativa N° 027: Programa Nacional de Prevención del Suicidio: Orientaciones para su Implementación.
32. Miró, E., Lozano, M. D. C. C., & Casal, G. B. (2005). Sueño y calidad de vida. *Revista colombiana de psicología*, (14), 11-27
33. Morganstein, J. C., & Ursano, R. J. (2020). Ecological disasters and mental health: causes, consequences, and interventions. *Frontiers in psychiatry*, 11, 1
34. Neimeyer, R. A., & Ramírez, Y. G. (2007). *Aprender de la pérdida: una guía para afrontar el duelo*. Paidós
35. Neimeyer, R. A., Harris, D. L., Winokuer, H. R., & Thornton, G. F. (2011). *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice in Contemporary Society* (pp. 206-218). Routledge

36. Neria, S. Galea & F. Norris (Eds) (2009), *Mental health and disasters*. EEUU: Cambridge University Press
37. Norris, F. H., & Wind, L. H. (2009). The experience of disaster: Trauma, loss, adversities, and community effects. *Mental health and disasters*, 29-44
38. Owen, G., Belam, J., Lambert, H., Donovan, J., Rapport, F., & Owens, C. (2012). Suicide communication events: Lay interpretation of the communication of suicidal ideation and intent. *Social science & medicine*, 75(2), 419-428
39. Page LA, Seetharaman S, Suhail I, Wessely S, Pereira J, Rubin GJ. Using electronic patient records to assess the impact of swine flu (influenza H1N1) on mental health patients. *J Ment Health*. 2011;20(1):60–9. <https://doi.org/10.3109/09638237.2010.542787>.
40. Pérez Matikainen, J. M., & Sánchez Averó, C. (2019). Meta-análisis: eficacia de la terapia cognitiva basada en mindfulness vs psicofármacos, en el trastorno depresivo mayor
41. Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., et al. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6, 1–12.
42. Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2011). *Schizophrenia: Cognitive theory, research, and therapy*. Guilford Pres
43. Reynolds BS, Seeger M. Crisis and Emergency Risk Communication. (Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention) (2012).
44. Robins, E., Cassner, S., Kayes, J., Wilkinson, R.H & Murphy, G.E. (1959). The communication of suicidal intent: a study of 134 consecutive cases of successful (completed) suicide. *American Journal of Psychiatry*, 115(8), 724-33.
45. Ruiz Roldán, R. (2019). La adherencia al tratamiento en pacientes con trastornos psicóticos
46. Shigemura J, Nakamoto K, Ursano RJ. (2009). Responses to the outbreak of novel influenza A (H1N1) in Japan: risk communication and shimaguni konjo. *Am. J. Disaster Med*; 4: 133–134
47. Shigemura J, Tanigawa T, Saito I, Nomura S. (2012). Psychological distress in workers at the Fukushima nuclear power plants. *JAMA* 2012; 308: 667–669.
48. Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*
49. Shneidman, E. (1971). "Suicide" and "suicidology": a brief etymological note. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1, 260-264.
50. Shneidman, E. (1973). Suicide notes reconsidered. *Psychiatry*, 36, 379-395.
51. Shneidman, E. (1984). Aphorisms of suicide and some implications for psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 38, 319-328.
52. Shneidman, E. (1988). Some reflections of a founder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 18, 1-12
53. Shneidman, E. (1993). Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 147-149
54. Shneidman, E. (1994a). Clues to suicide reconsidered. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24, 395-397.
55. Shneidman, E. (1994b). Comment: The psychological autopsy. *American Psychologist*, 39, 75-76.
56. Sierra, J. C., Jiménez-Navarro, C., & Martín-Ortiz, J. D. (2002). Calidad del sueño en estudiantes universitarios: importancia de la higiene del sueño. *Salud mental*, 25(6), 35-43
57. Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'carroll, P. W., & Joiner Jr, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-263
58. Sledge, W., Plakun, E., Bauer, S., Brodsky, B., Caligor, E., Clemens, N., Deen, S., Kay, J., Lazar, S., Mellman, L., Myers, M., Oldham, J & Yeomans, F. (2014). Psychotherapy for suicidal patients with borderline personality disorder: an expert consensus review of common factors across five therapies. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 11, 1-16.
59. Sommer, K., Abufhele, M., Briceño, A. M., Dávila, A., Barreau, M., Castro, S., ... & Correa, A. (2013). Intervención de salud mental en niños expuestos a desastre natural. *Revista chilena de pediatría*, 84(1), 59-67

60. Sommer, K., Abufhele, M., Briceño, A. M., Dávila, A., Barreau, M., Castro, S., ... & Correa, A. (2013). Intervención de salud mental en niños expuestos a desastre natural. *Revista chilena de pediatría*, 84(1), 59-67
61. Styra R, Hawryluck L, Robinson S, Kasapinovic S, Fones C, Gold WL. Impact on health care workers employed in high-risk areas during the Toronto SARS outbreak. *J Psychosom Res.* 2008;64(2):177–83. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.07.015>.
62. Valiente-Ots, C., Villavicencio-Carrillo, P., & Cantero-Martínez, M. D. (2006). La fenomenología de la comorbilidad del trauma y la psicosis. *Apuntes de Psicología*, 24(1-3), 111-135
63. Wasserman, D., Geijer, T., Sokolowski, M., Rozanov, V., & Wasserman, J. (2007). Nature and nurture in suicidal behavior, the role of genetics: some novel findings concerning personality traits and neural conduction. *Physiology & behavior*, 92(1-2), 245-249
64. Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., ... & Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European Psychiatry*, 27(2), 129-141.
65. Wasserman, D., THANH, T. T. H., MINH, P. T. D., Goldstein, M., Nordenskiöld, A., & Wasserman, C. (2008). Suicidal process, suicidal communication and psychosocial situation of young suicide attempters in a rural Vietnamese community. *World Psychiatry*, 7(1), 47-53
66. Winje, D. (1998). Cognitive coping: The psychological significance of knowing what happened in the traumatic event. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 627–643.
67. Winje, D., & Ulvik, A. (1995). Confrontations with reality: crisis intervention services for traumatized families after a school bus accident in Norway. *Journal of traumatic stress*, 8(3), 429-444
68. Wolk-Wasserman, D. (1986). Suicidal communication of persons attempting suicide and responses of significant others. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73(5), 481-499
69. Wu P, Liu X, Fang Y, Fan B, Fuller CJ, Guan Z, Yao Z, Kong J, Lu J, Litvak IJ. Alcohol abuse/dependence symptoms among hospital employees exposed to a SARS outbreak. *Alcohol Alcohol.* 2008;43(6):706–12. <https://doi.org/10.1093/alcac/agn073>. Epub 2008 Sep 12. PubMed PMID: 18790829; PubMed Central PMCID: PMC2720767.

#### Nota del autor

Rodrigo Inostroza Cea. Psicólogo entrenado en el modelo cognitivo constructivista de Vittorio Guidano. Actualmente trabaja en la Unidad de Psiquiatría del Hospital Higuera de Talcahuano, Chile, además del ejercicio privado de la psicoterapia y docencia universitaria en psicología clínica. Comentarios acerca de este artículo dirigirlos al correo electrónico: [rodrigoinostroza@gmail.com](mailto:rodrigoinostroza@gmail.com)



Editado por Cipra, Círculo de Psicoterapia Post – Racionalista.  
 Concepción. Chile. Teléfono +56 – 41 – 2466054  
<http://www.cipra.cl>