



## PRESENTACIÓN DE CASO

Servicio de Psiquiatría  
Instituto Superior de Medicina Militar: "Dr. Luis Díaz Soto"  
La Habana

## TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MIEMBRO DE EQUIPO DE PRIMERA RESPUESTA

Dr. C. René Esteban Ventura Velásquez,<sup>1</sup> Dr. Luis Alberto Toca Smith,<sup>2</sup> Dr. Orlando Couso Acosta,<sup>3</sup> Dr. Miguel Ojeda Vicente,<sup>3</sup> Dra. Belkis Frenis Medero<sup>3</sup> y Dra. Ivonne Ortega Pérez.<sup>3</sup>

## RESUMEN

Durante un desastre e incluso en un accidente, el personal de primera respuesta se expone a emociones intensas, que implican demandas físicas y psíquicas extraordinarias, e incluyen experiencias desagradables y excesivo dolor humano. Estas condiciones con frecuencia producen una serie de reacciones cognitivas, conductuales, emocionales y físicas. Se presenta el caso de un rescatador, chofer de ambulancia que presenta un trastorno de estrés posttraumático (TEPT) luego de participar en el rescate y salvamento de dos pilotos víctimas de un accidente de aviación. Se trata de un joven de 20 años con antecedentes de un adecuado desempeño laboral. A partir de ese suceso comienza a presentar cambios en su conducta, se aísla, tiene inquietud, insomnio, miedo cuando le tocaba realizar su turno de trabajo, ansiedad, imágenes vividas del accidente, pesadillas, tristeza, labilidad afectiva e ideas suicidas no estructuradas. Llevó tratamiento con antidepresivos tricíclicos e hipnóticos durante 6 meses con mejoría de los síntomas, a pesar de lo cual se decidió que no continuara trabajando como rescatador. Se recomienda realizar un grupo de acciones que actúen como medidas preventivas ante la aparición de manifestaciones psicológicas: selección y capacitación adecuadas del personal y otras de índole personal, así como tener en cuenta el diagnóstico de TEPT en casos como éste.

**Palabras claves:** Rescatador, personal de primera respuesta, estrés posttraumático.

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Psiquiatría. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Asistente. Investigador Auxiliar.

<sup>2</sup> Especialista de I Grado en Psiquiatría.

<sup>3</sup> Especialista de I Grado en Psiquiatría. Profesor Instructor.

Durante un desastre e incluso, luego de un evento menos extenso como un accidente, el personal de primera respuesta: médicos, paramédicos, bomberos, personal de la defensa civil, voluntarios, etc., se expone a emociones intensas, que implican demandas físicas y psíquicas extraordinarias, realizadas en condiciones especiales de trabajo; se enfrentan a la experiencia desagradable de presenciar la muerte masiva de personas y compañeros con excesivo dolor humano a lo que se suma la posibilidad de realizar el trabajo bajo amenaza física real, poniendo a prueba el coraje y las capacidades técnicas y de liderazgo.<sup>1</sup> Por otra parte, pueden presentarse dificultades a largo plazo en las relaciones laborales, a lo que se denomina “estrés del personal de primera respuesta”. Estas condiciones adversas de trabajo de primera respuesta, producen una serie de reacciones cognitivas-conductuales, emocionales y físicas, que se pueden manifestar, tanto en el propio momento de realizar su trabajo, interfiriendo con éste, como posteriormente en su reincorporación a la vida familiar y social.

Los trastornos cognitivos que se describen incluyen pesadillas, ideas fijas y sobrevaloradas de peligro, recuerdo de olores desagradables vinculados al episodio, y preocupaciones excesivas por la familia; los conductuales incluyen el evitar lugares específicos, retraimiento social, aumento del consumo de tabaco y otras sustancias; los emocionales son tristeza, sentimiento de minusvalía y soledad, labilidad afectiva, irritabilidad, intranquilidad.

Hay que tener en cuenta que los rescatadores son víctimas indirectos de los desastres y, por tanto, sufren de manifestaciones psicológicas relacionadas a los eventos a los que se enfrentan, y es el trastorno de estrés postraumático (TEPT) el más frecuente.

Las manifestaciones clínicas van a depender de factores:

- Relacionados con el sujeto: que incluyen experiencias previas, los antecedentes de enfermedades mentales y crónicas, no contar con un sistema de apoyo social y psicológico, encontrarse en crisis vital reciente.
- Relacionados con el evento: tipo e intensidad del desastre, dimensión de la destrucción y el número de fallecidos, duración y rapidez con la que ocurrieron los hechos, conocimiento previo de que ocurriría.
- Relacionados con la falta de preparación: social, comunitaria, familiar individual con la crisis, que incluyen las dificultades en la comunicación y cooperación de las instituciones que participan, ausencia de preparación del personal y de las atenciones prehospitalarias entre otras.<sup>2-3</sup>

Factores de riesgo en los rescatadores, de sufrir trastornos psíquicos se relacionan con:

- Mala selección del personal ya que pueden incluirse personas sin condiciones para desarrollar este tipo de trabajo.
- Mala preparación técnica.
- Ausencia de red de apoyo social y alta vulnerabilidad previa al estrés.

- Exposición simultánea a otros traumas o situaciones estresantes recientes, como fallecimiento de familiares, divorcios, etc.
- Problemas psicosociales previos como pobreza, desempleo, discriminación, etc.
- Exposición prolongada a las consecuencias del desastre o al propio desastre vivenciando situaciones muy psicotraumáticas.
- Problemas de organización del trabajo como demandas laborales excesivas, asumir riesgos sin la preparación o el equipamiento necesario.

En ocasiones se olvida que hay que atender la salud mental del personal que ha trabajado directamente en la emergencia, bajo la premisa, no siempre real, de que se trata de un personal preparado y que la preparación le concede una total inmunidad.

Un grupo de indicadores permiten, determinar la presencia de disfunción en los miembros de los equipos de trabajo y en los rescatadores en particular los que se manifiestan tanto en el equipo como en la familia.

En lo individual:

- Síntomas aislados de TEPT (tendencia a la hiperactividad, al aislamiento, al insomnio).
- Presencia de trastornos psicosomáticos.
- Problemas en la comunicación.
- Identificación con la experiencia traumática del otro.
- Cambios en el estilo de vida.
- Uso de alcohol u otras sustancias psicoactivas.

En el equipo:

- Dificultades en las dinámicas internas del equipo en aspectos como la comunicación, la solución de problemas, y los conflictos interpersonales).
- Formación de subgrupos por alianzas contradictorias y subvaloración de los roles y funciones de los otros.

En la familia:

- Alteraciones de la dinámica familiar, en los roles habitualmente desempeñados.
- Subvaloración de las dificultades de la familia comparándolas a las víctimas de la catástrofe.
- Baja tolerancia a los conflictos, chantajes afectivos, tendencia a propiciar desarmonías.
- Se recomienda un grupo de acciones que debe desarrollar el personal que participa en emergencias causantes de gran carga emocional, para cuando estos se reintegren a su vida cotidiana, lo que incluye:
  - Volver a la rutina previa lo antes posible.
  - Realizar ejercicios físicos y de relajación.
  - Descansar, dormir y alimentarse de manera adecuada.

- Evitar el uso de alcohol o drogas.
- Conversar con otros las experiencias vividas durante el desastre, compartiendo sentimientos y pensamientos.
- Participar en actividades familiares y sociales.

## **PRESENTACIÓN DE CASO**

Joven de 20 años de edad sin antecedentes patológicos personales, padre con diagnóstico de alcoholismo, no otra enfermedad mental en la familia. Es el chofer de la ambulancia que participó en el rescate y salvamento de dos pilotos víctimas de un accidente de aviación, en el que uno murió y el otro recibió graves daños físicos.

Personalidad premórbida, De niño siempre fue callado, serio, de pocos amigos, susceptible, con buen rendimiento y disciplina escolar, por lo que pasaba de año sin problemas, continuó los estudios secundarios en una escuela de iniciación deportiva con buena adaptación a la misma. Al terminar se incorporó a trabajar como ayudante de chofer de rastra y luego como chofer de ambulancia, con adecuado desempeño laboral, durante 14 meses, hasta que participa en el salvamento de un piloto gravemente herido en un accidente de aviación.

A partir de ese suceso comienza a presentar cambios en su conducta: se aísla, está mucho más callado que de costumbre, inquieto, con insomnio, miedo cuando le tocaba realizar su turno de trabajo.

Por estas razones es ingresado, ya que se sentía muy ansioso, recordando imágenes muy vívidas de lo ocurrido durante el accidente, acompañado de insomnio marcado con pesadillas también sobre el mismo tema, a lo que se le suma, tristeza, labilidad afectiva e ideas suicidas no estructuradas.

Llevó tratamiento con antidepresivos tricíclicos e hipnóticos durante 6 meses con mejoría de los síntomas, a pesar de lo cual se decidió que no continuara trabajando como rescatador.

## **COMENTARIOS**

En muchas ocasiones no se tiene en cuenta, o no se realiza ningún tipo de entrenamiento o preparación previa, en las personas que trabaja con víctimas primarias aunque esto no pueda garantizar una “inmunidad” total ante la posibilidad de que una persona sea afectada psicológicamente, siendo la afección más frecuente el trastorno por estrés postraumático. Algunos trabajos plantean que el 30% de los socorristas llegan a presentar TEPT en su variante parcial o incompleta. Se conoce que el TEPT parcial puede interferir, tanto como el trastorno completo, en la readaptación del individuo tras un evento traumático,<sup>4</sup> tanto en las áreas laborales como sociales.<sup>5</sup>

Los síntomas más frecuentes se agrupan en:

- Evocación reiterada e involuntaria del acontecimiento traumático.

- Reducción del nivel general de respuesta a estímulos cotidianos.
- Aumento del estado de vigilia.

Esta situación muchas veces es incomprendida por las autoridades encargadas de los seguros de salud<sup>6</sup> y reforzada por la visión que de estos pacientes se tiene en ocasiones. Algunos piensan que se trata de personas que buscan apoyo económico y social por todas las vías, y se les estigmatiza con el planteamiento de que simulan la enfermedad y las pruebas que se les aplica.<sup>7, 8</sup>

Por otra parte, la propia enfermedad es subdiagnosticada, lo que impide que el afectado reciba el tratamiento adecuado.<sup>9</sup> Para superar la enfermedad es importante también la apreciación que el individuo tiene sobre su calidad de vida.<sup>10</sup>

Se han utilizado diferentes técnicas psicológicas para prevenir el TEPT, la más frecuente de todas es el "*debriefing*", empleada tanto en rescatadores, como en miembros de la Cruz Roja, estudiantes de medicina, policías, víctimas de accidentes de tránsito, de violación, etc. De hecho en muchos lugares llega incluso a ser obligatorio como en las fuerzas policiales del Reino Unido que son víctimas de trauma, con el fin de evitar las demandas por TEPT.

Se recomienda realizar un grupo de acciones que actúan como medidas preventivas a la aparición de manifestaciones psicológicas:

- Selección y capacitación adecuadas.
- Rotación de roles y funciones.
- Información sistemática y veraz a los miembros del equipo.
- Valoración y manejo de los estados emocionales antes y durante la emergencia.
- Organización de los tiempos de trabajo y el equipamiento necesario.
- Cuidarse físicamente.
- Comer frecuentemente en pequeñas cantidades y descansar cuando note que disminuye su fuerza sin sobreestimarse.
- Mantener de ser posible, el contacto sistemático con familiares y amigos.
- Propiciar la reflexión, la catarsis y la sistematización de la experiencia, inmediatamente y después de haber terminado totalmente el trabajo, organizando una reunión para hablar de sus sentimientos y pensamientos tal y como aparezcan, escucharse respetuosamente brindándose apoyo entre los propios miembros del equipo.

Una vez instalada la enfermedad el tratamiento con psicofármacos,<sup>11</sup> combinados con terapia cognitivo-conductual resulta ser el tratamiento más eficaz.

## CONCLUSIONES

Los rescatadores deben ser considerados víctimas de los propios desastres en los que participan, por lo que se debe tomar todas las medidas necesarias para evitar en ellos la presencia de enfermedades, lo que incluye el tener presente al TEPT como posible diagnóstico de estos casos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ammartyothin S, Ashkenesi I, Schwartz D, Leiba A, Nakash G, Pelts R, Golberg A, Bar-Dayyan Y. Medical response of a physician and two nurses to the mass-casualty event resulting in the Phi Island from the tsunami. *Prehospital Disaster Med.* 2005 May-Jun; 21(3):212-4.
2. Chan YF, Allagappan K, Gandhi A, Donovan C, Tewari M, Zaets SB. Disaster management following the Chi-Chi earthquake in Taiwan. *Prehospital Disaster Med.* 2006 May-Jun; 21(3):196-202.
3. Ventura Velásquez RE, Bravo Collazo TM, Hernández Tápanes S. Trastorno por estrés postraumático en el contexto médico militar *Rev Cubana Med Milit* 2005;34(4).
4. Galea S, Resnick H, Ahern J, Gold J, Bucuvalas M, Kilpatrick D. Posttraumatic stress disorder in Manhattan, New York City, after the September 11<sup>th</sup> terrorist attacks. *J Urban Health* 2002;79(3):340-53.
5. Zlotnick C, Franklin CL, Zimmerman M. Does "subthreshold" posttraumatic stress disorder have any clinical relevance? *Compr Psychiatry.* 2002; 43(6):413-9.
6. Fabra M. So-called trauma criterium (a criterium of DSM-IV) in posttraumatic stress disorder and its significance for social and legal insurance. *Versicherungsmedizin* 2002;54(4):179-81
7. Burges C, McMillan TM. The ability of naive participants to report symptoms of post-traumatic stress disorder. *Br J Clin Psychol* 2001; 40(Pt 2):209-14.
8. Elhai JD, Gold SN, Sellers AH, Dorfman WI. The detection of malingered posttraumatic stress disorder with MMPI-2 fake bad indices. *Assessment* 2001; 8(2):221-36.
9. Moreno Puebla RA, Ventura Velásquez RE, Ortega Pérez I, Correa Jáuregui M, Díaz Jorge M. A propósito de un caso con estrés postraumático en el medio militar. *Rev Cubana Med Milit* 2006; 35(2).
10. D'Ardenne P, Capuzzo N, Fakhoury WK, Jankovic-Gavrilovic J, Priebe S. Subjective quality of life and posttraumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis.* 2005; 193(1):62-5.
11. Moreno Puebla R, Ventura Velásquez RE, Columbié Cuestes AM, Ortega Pérez I, Quevedo Fonseca C. Intervención terapéutica en pacientes con trastorno agudo por estrés luego de accidente ferroviario. *Rev Hosp. Psiquiátrico de La Habana* 2000; 2(2).