

Modelo de tamizaje, atención y monitoreo de la salud mental para adultos en casos de desastre

Mauricio Alvarez-Monjarás, MSc, MBPsS,⁽¹⁾ Linda Bucay-Harari, MPH.⁽²⁾

Alvarez-Monjarás M, Bucay-Harari L. Modelo de tamizaje, atención y monitoreo de la salud mental para adultos en casos de desastre. Salud Publica Mex 2018;60(supl 1):S23-S30. <https://doi.org/10.21149/19340>

Resumen

Los desastres afectan a todos los miembros de una comunidad; sin embargo, no todos reaccionan de la misma forma. Por ello, resulta esencial identificar quiénes requieren intervenciones especializadas, así como establecer mecanismos de referencia y atención adecuados para los diferentes servicios de salud mental. Los autores sintetizan recomendaciones de intervenciones basadas en evidencia para informar los esfuerzos de atención a la salud mental para poblaciones expuestas a desastres, específicamente respecto al proceso de tamizaje, referencia y atención psicológica. Asimismo, proponen un modelo comprensivo y de acción coordinada, que utilice los servicios e infraestructura ya existentes, con el objetivo de incentivar tanto la colaboración interinstitucional a futuro, como una mayor profesionalización de la salud mental pública en México.

Palabras clave: desastre; trastornos por estrés postraumático; TEPT; vías clínicas; salud mental; servicios de salud comunitaria

Alvarez-Monjarás M, Bucay-Harari L. Model for adult mental health screening, treatment, and monitoring in disasters. Salud Publica Mex 2018;60(supl 1):S23-S30. <https://doi.org/10.21149/19340>

Abstract

Disasters affect all members of a community; however, not all react in the same way. It is therefore essential to identify those who require specialized interventions, and establish appropriate referral and treatment pathways for different mental health services. Authors synthesize recommendations from evidence-based interventions to inform mental health care efforts for populations exposed to disasters, specifically in relation to screening, referral and psychological treatment. The authors propose a comprehensive model of coordinated efforts that uses existing services and infrastructure. This aims to incentivize future inter-institutional collaboration and a greater professionalization of public mental health in México.

Keywords: disasters; stress disorders, post-traumatic; PTSD; critical pathways, mental health; community health services

(1) Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London. London, England.

(2) Global Public Health Observatory, Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Baltimore, USA.

Fecha de recibido: 14 de diciembre de 2017 • **Fecha de aceptado:** 18 de enero de 2018

Autor de correspondencia: Mauricio Álvarez Monjarás. Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London, London. Gower Street, London, WC1E 6BT.
Correo electrónico: mauricio.alvarez.14@ucl.ac.uk

Los desastres, así como los conflictos armados y otras situaciones de emergencia, suelen provocar desplazamientos, escasez de recursos naturales, brotes de enfermedades y sufrimiento humano que incrementa el riesgo del desarrollo y agravamiento de problemas de salud mental en la población.¹ Aunque este tipo de eventos afectan a todos los miembros de la comunidad, no todos reaccionan de la misma manera; sólo algunos necesitarán atención especializada y no todos se beneficiarán del mismo tipo de tratamiento.² Es por eso que el reto de los sistemas de salud pública en situaciones de emergencia es identificar de forma rápida y efectiva a quienes requieren intervenciones especializadas, para así referirlos a los servicios adecuados.^{3,4}

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud,¹ durante y después de las emergencias, la atención a la salud mental requiere consideraciones especiales debido a: a) el incremento en problemas de salud mental en la población; b) a la debilitación de infraestructuras que proveen servicios de atención, y c) a dificultades para coordinar agencias que proveen servicios especializados. Sin embargo, a pesar del carácter trágico de las crisis y desastres, éstos pueden ser oportunidades para fortalecer las estructuras existentes e implementar sistemas más efectivos.⁵

Tomando como ejemplo el caso reciente de México, cifras oficiales indican que los sismos ocurridos durante el mes de septiembre de 2017 dejaron un saldo aproximado de 471 fallecidos, 7 594 casos de hospitalización y urgencias, 173 000 consultas médicas y alrededor de 14 000 personas tuvieron que ser desplazadas a albergues temporales en los 12 estados afectados.⁶ Como medida de prevención, se proporcionó atención psicológica inmediata a más de 53 000 personas con dificultades psicológicas y emocionales. A pesar de que no existen cifras o estimaciones oficiales sobre la prevalencia de casos de trastorno por estrés postraumático (TEPT) en la población afectada, estudios epidemiológicos realizados en otras poblaciones en situaciones de desastre sugieren que aproximadamente 10-15% de las personas que viven un desastre natural desarrollan TEPT un mes después del evento.⁴

Se ha estimado que proporcionar atención psicológica continua después del desastre puede reducir el costo de problemas de salud mental hasta en 35%;⁷ sin embargo, la atención debe proporcionarse de manera estratégica y sistematizada. Diversos estudios realizados durante la década de los noventa ya advertían el nulo efecto profiláctico de la intervención exploratoria inmediata tras un desastre.⁸⁻¹¹ Parece importante permitir a los afectados recuperarse naturalmente haciendo uso de sus recursos internos de resiliencia y redes de apoyo, sin la necesidad de explorar el evento a profundidad.^{3,12,13}

Un ejemplo de este enfoque es el de primeros auxilios psicológicos (PAP) que pretende reducir la angustia inicial y promover el funcionamiento adaptativo a corto y largo plazo, mediante la transmisión de estrategias de afrontamiento y apoyando a los afectados a priorizar o resolver problemas prácticos.^{14,15}

Con esto en mente, resulta necesario invertir tiempo y recursos en el desarrollo de estrategias y modelos que permitan intervenir de manera eficaz y eficiente en casos de desastre. El objetivo del presente documento es generar recomendaciones basadas en evidencia para informar los esfuerzos de atención a la salud mental en poblaciones expuestas a desastres. Asimismo, se propone un modelo de colaboración interinstitucional que brinde una respuesta coordinada para el tamizaje, atención y monitoreo de la salud mental en casos de desastre.

Recomendaciones generales

Diversas guías y estudios clínicos sugieren enfocar los primeros esfuerzos en la capacitación de equipos clínicos y epidemiológicos de manera interinstitucional.^{1,3,7,12-20} Algunas de las principales competencias recomendadas para situaciones de desastre son: a) evaluación de sintomatología e identificación de casos; b) desarrollo de habilidades de intervención en crisis a nivel individual y grupal, y c) planeación e implementación de una iniciativa integrada, con múltiples fases y componentes para el tratamiento de salud mental en situaciones de emergencia.^{1,16}

Parte de la sustentabilidad de los modelos de intervención es su capacidad de ser escalables.¹ Por ello, los programas piloto y a corto plazo deben adaptarse a las necesidades locales y estar preparados para generar evidencia que informe los esfuerzos a largo plazo. Se recomienda que las intervenciones estén basadas en estructuras existentes para maximizar los recursos disponibles y generar una respuesta coordinada, sustentable y accesible para la población, especialmente para los grupos más vulnerables.¹⁷ La coordinación entre los diferentes proveedores de servicios públicos y privados es crucial, tanto en la etapa de crisis como a largo plazo, ya que no sólo promueve un adecuado intercambio de información sino que también facilita el flujo de usuarios a lo largo de la cadena de servicios de salud.^{1,3}

Por otra parte, diferentes tipos de servicios son necesarios para poder proveer atención en situaciones de desastre, pues no existe un nivel de servicios que pueda atender las necesidades de toda la población. La figura 1 muestra cómo el autocuidado, el cuidado comunitario informal y la atención de salud mental a nivel primario son la base de la atención y donde se encuentra la mayoría de la población.¹ Un porcentaje

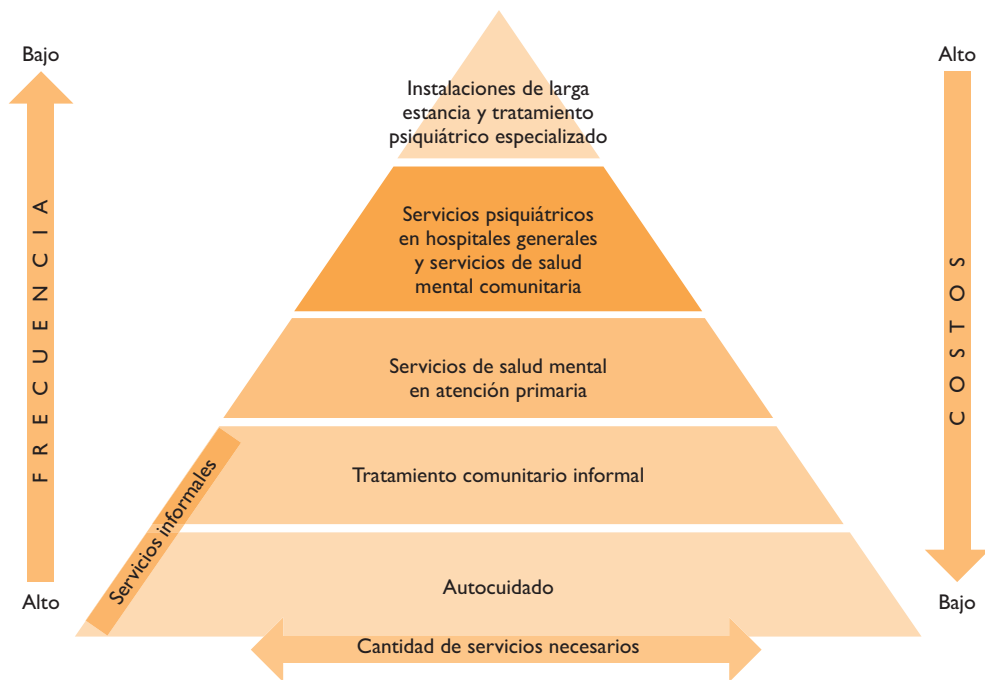


FIGURA 1. PIRÁMIDE ORGANIZACIONAL DE SERVICIOS PARA UN FUNCIONAMIENTO ÓPTIMO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL. OMS, 2013

menor necesitará servicios de mayor intensidad, y una fracción aún menor de quienes son diagnosticados con algún problema de salud mental necesitarán tratamiento psiquiátrico especializado. Por ello, tanto el tamizaje como el monitoreo de usuarios resultan esenciales, ya que permiten la identificación de los individuos con diferentes vulnerabilidades y su adecuada referencia a servicios competentes.¹² Asimismo, se recomienda que profesionales locales sean los principales actores en el proceso, y que expertos y agencias internacionales se involucren brindando apoyo técnico para solucionar problemas y fortalecer la capacidad local.¹⁵

Modelo de intervención

Tomando en cuenta estas recomendaciones generales, se elaboró un modelo de intervención en fases (figura 2) que apunta hacia una perspectiva de coordinación de esfuerzos interinstitucionales.

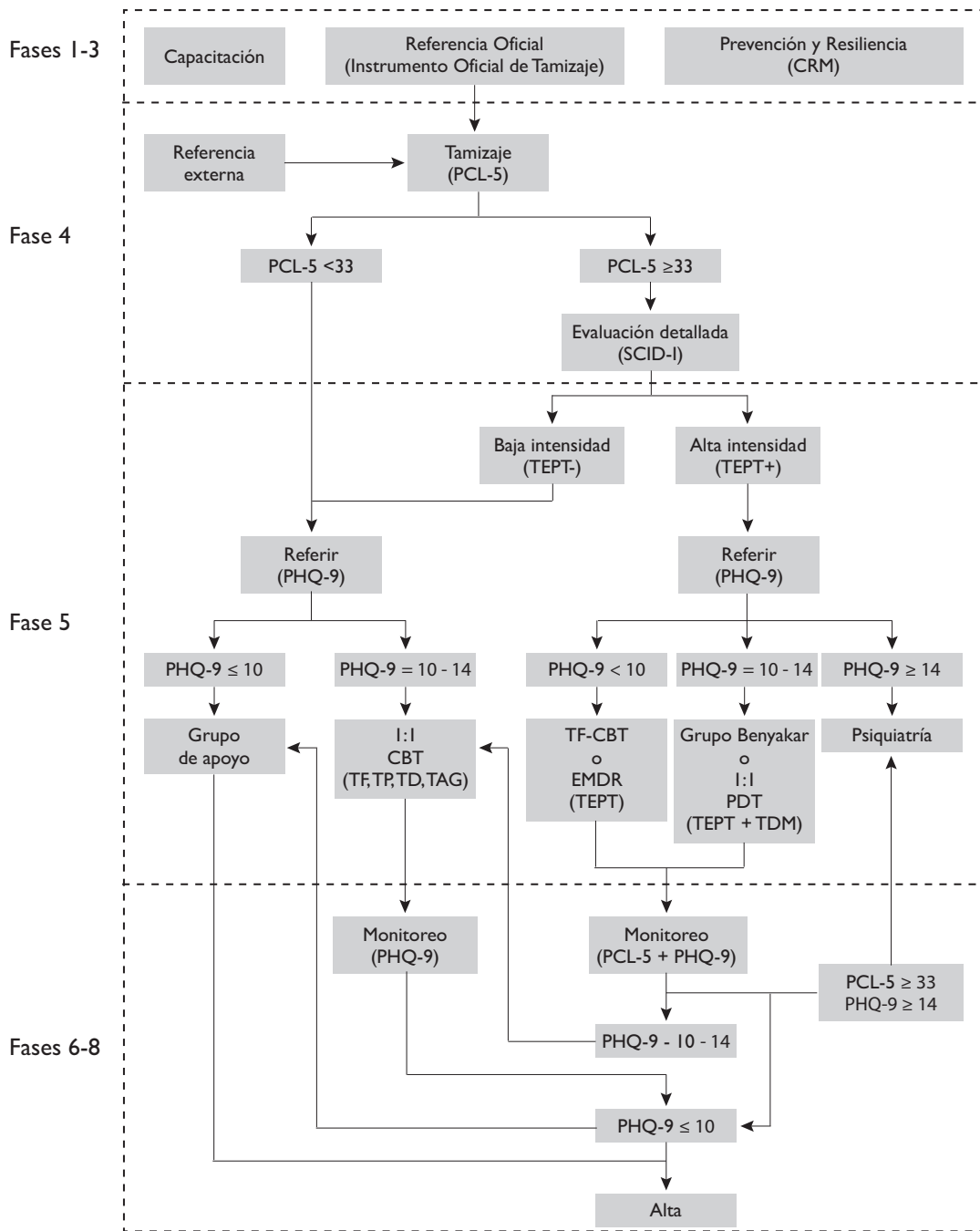
Fase 1: Rescate, contención y PAP

La fase inicial corresponde a las primeras semanas tras el desastre. Se recomienda que los recursos institucionales sean destinados a esfuerzos de rescate, atención

médica y apuntalamiento estructural de las áreas afectadas.^{1,3} Asimismo, labores de PAP resultan esenciales para apoyar a los afectados a: a) mantener la calma; b) ponerse en contacto con sus seres queridos; c) priorizar y resolver problemas inmediatos (e.g. comida, sustento, alojamiento); d) recobrar un sentido de agencia y control sobre sus vidas, y e) proporcionar información de emergencias y servicios de desastre.^{8,14,18}

Fase 2: Prevención y resiliencia

Mientras se determinan las medidas de intervención, se recomienda el uso de grupos de desarrollo comunitarios que fomenten la resiliencia y recursos de autogestión en las distintas comunidades. El modelo de resiliencia comunitaria (CRM por sus siglas en inglés)¹³ es recomendable por su facilidad de transferencia a líderes comunitarios y personal de apoyo, sin la necesidad de ser especialistas. El objetivo del CRM no es sólo movilizar recursos psicosociales para prepararse y enfrentar desastres, sino también proveer educación sobre las reacciones esperables en situaciones críticas.^{3,13} Para ello, se recomienda hacer uso de materiales informativos y psicoeducativos que modelen y movilicen recursos psicológicos y sociales, combatiendo el estigma que



CRM= Modelo de Resiliencia Comunitaria; PCL-5= Listado de Verificación de Trastorno por Estrés Postraumático del DSM-5; SCID-I= Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV; TEPT= Trastorno por estrés postraumático; PHQ-9= Cuestionario de Salud del Paciente; CBT= Terapia Cognitivo Conductual; TF-CBT= Terapia Cognitivo Conductual Enfocada en Trauma; EMDR= Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares; PDT= Terapia Psicodinámica; TF= Trastorno fóbico; TP= Trastorno de pánico; TD= Trastornos depresivos; TAG= Trastorno de ansiedad generalizada

FIGURA 2. MODELO DE TAMIZAJE, REFERENCIA, ATENCIÓN Y MONITOREO DE USUARIOS EN DESASTRES

rodea a los problemas de salud mental.²¹ De este modo, la labor coordinada de CRM, PAP y psicoeducación podría ser útil como medida profiláctica y para facilitar la transición entre fases.

Fase 3: Capacitación

Debido a la alta demanda de apoyo psicológico, resulta esencial contar con personal especializado en distintas áreas. Por ello, se recomienda dedicar los primeros meses a la actualización de psicólogos clínicos y psicoterapeutas, así como a la capacitación de voluntarios y terapeutas novicios en modelos terapéuticos efectivos.¹⁶ Esta recomendación es aún más importante para aquéllos asignados a trabajar en intervenciones de alta intensidad.² Asimismo, se recomienda contactar a organizaciones internacionales que pudieran proporcionar entrenamiento en técnicas específicas poco desarrolladas en México.

Para poder diagnosticar TEPT de manera confiable, es necesario que los distintos síntomas estén presentes durante al menos cuatro semanas después del desastre.^{22,23} Por ello, aunque pudiera parecer contraintuitivo aplazar el despliegue de personal capacitado, es necesario invertir suficiente tiempo para a) proveer capacitación de calidad que permita el diseño y equipamiento adecuado de servicios de atención, y b) permitir que los afectados hagan uso de sus propios recursos internos de resiliencia.^{3,8,14} Claramente, esta recomendación excluye aquellos casos en los que la integridad física de los afectados se encuentre en riesgo inminente, los cuales deberán ser atendidos a la brevedad por un especialista.

Fase 4: Tamizaje y referencia

Una vez que se cuente con suficiente personal capacitado y competente, se recomienda comenzar la etapa de tamizaje para determinar, en una primera instancia, qué usuarios requieren atención especializada y quiénes requieren atención psicológica con menor urgencia. Esto tiene el objetivo de optimizar recursos, disminuir tiempos de espera y proporcionar intervenciones adecuadas a distintos problemas.^{12,20,23-25} Para facilitar el manejo ético de la información obtenida, se recomienda asegurar la confidencialidad de los usuarios y promover un manejo sustentable y responsable de datos. Se recomienda designar a instituciones educativas o de salud pública la elaboración de una base de datos clara, segura y eficiente, la cual resultará extremadamente útil para: a) mantener un control de referencias y agilizar transiciones; b) monitorear resultados; c) informar investigaciones para la mejora del modelo, y d) apoyar con la divulgación científica. Los instrumentos recomendados

para la fase de tamizaje, que cuentan con versiones validadas en español, son:

*Listado de verificación de trastorno por estrés postraumático del DSM-5 (PCL-5).*²⁶ Esta última versión del instrumento fue desarrollada para diagnosticar TEPT de acuerdo con los criterios del DSM-5; por lo tanto, no existen baremos estandarizados actualizados. No obstante, se ha sugerido un puntaje mayor o igual a 33 para sospechar presencia de TEPT.²⁶ Esta es una prueba de autorreporte, así que no es necesario el apoyo de evaluadores que la administren. En el caso de contar con recursos, este proceso se podría llevar a cabo a través de dispositivos electrónicos o por vía telefónica.

*Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9).*²⁷ Dado que muchos usuarios podrían no presentar TEPT pero sí riesgo de desarrollar trastornos depresivos a causa de pérdidas y problemas de salud, se puede utilizar este instrumento para diagnosticar de manera rápida y confiable ($\alpha=0.89$) la gravedad de los síntomas de depresión con suficiente sensibilidad a cambios clínicos ($r=0.84$). Dicho cuestionario es más breve y accesible que el Inventario de Depresión de Beck.²⁸ Al igual que el PCL-5, esta es una prueba de autorreporte, así que podría llevarse a cabo de manera electrónica o por vía telefónica.

*Entrevista clínica estructurada del DSM-IV (SCID-I).*²⁹ Una vez realizado el primer tamizaje, sería útil llevar a cabo una entrevista clínica a profundidad para un diagnóstico diferencial de casos clínicos de TEPT y detectar la presencia de otros trastornos psicológicos. Se recomienda que psicólogos clínicos y psiquiatras con entrenamiento formal en el SCID-I lleven a cabo esta tarea, ya que el objetivo principal es disminuir la carga de trabajo para terapeutas que provean intervenciones de alta intensidad.

Fase 5: Intervención

Hoy en día existe un gran número de modelos terapéuticos para tratar los diferentes trastornos psicológicos. No obstante, han aumentado los esfuerzos internacionales por fomentar la práctica de salud pública basada en evidencia. Las principales técnicas avaladas como las más efectivas y con más alto rigor académico para la atención postdesastre según ensayos clínicos controlados aleatorizados (RCTs) son:

Terapia cognitivo-conductual enfocada en trauma. Originalmente desarrollada para el tratamiento de abuso infantil, hasta ahora ha demostrado ser la intervención más efectiva para el tratamiento de cualquier tipo de trauma.^{12,19,23,30} Consta de dieciséis sesiones individuales y dos sesiones de seguimiento en las que, mediante el

uso de estrategias cognitivo-conductuales, se apoya al afectado a elaborar el trauma a partir de la exposición sistemática a memorias del evento.³⁰

Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares. Desarrollada específicamente para tratamiento del TEPT, esta intervención está basada en la utilización de avances neurocientíficos para el procesamiento de experiencias traumáticas.³¹ A pesar de que es un modelo que aún está en desarrollo, ha mostrado efectividad y es parte de los tratamientos recomendados.^{19,23,30,32} La duración de este tratamiento varía entre seis y 12 sesiones.

En caso de no contar con suficiente personal capacitado en los modelos terapéuticos antes mencionados, se recomienda aprovechar otras intervenciones psicoterapéuticas disponibles en México, por ejemplo:

Terapias psicodinámicas. A pesar de contar con poca evidencia de su efectividad para el tratamiento de TEPT y en el diseño de estudios aleatorios, existe evidencia sobre su efectividad en el tratamiento de casos moderados de depresión. Modelos breves –y posiblemente adaptados a la necesidad– de terapia dinámica interpersonal, terapia interpersonal o tratamiento basado en mentalización podrían ser útiles.² Asimismo, modelos de intervención grupal, como el modelo Benyakar,³³ podrían resultar favorables para la atención enfocada al evento traumático y su elaboración.

Terapias cognitivo-conductuales. Actualmente es el tratamiento de preferencia en clínicas de PBE. Múltiples RCT sugieren que puede ser usada como un recurso eficiente y breve (i.e., hasta 16 sesiones) para trastornos focalizados.^{34,35} Asimismo, algunos otros enfoques terapéuticos de esta corriente que pudieran ser útiles son: a) terapia de aceptación y compromiso para individuos con daños físicos permanentes o pérdidas severas; b) terapia dialéctico-conductual para individuos que tuvieran que recurrir al abuso de sustancias, y c) el modelo de activación conductual para estados depresivos moderados a severos.²

Terapia familiar y sistémica. A pesar de que no existe evidencia suficiente que respalde su efectividad, la terapia sistémica podría ser una herramienta útil para el manejo de grupos de apoyo, así como para afrontar pérdidas y cambios a nivel familiar. Particularmente, la terapia narrativa de exposición ha demostrado resultados prometedores en el tratamiento grupal de TEPT.^{2,36}

Terapias humanistas. A la fecha, no existe suficiente evidencia sobre intervenciones terapéuticas humanistas, como la terapia centrada en la persona o terapia Gestalt, en situaciones de desastre.² Sin embargo, este enfoque puede ser útil para realizar grupos de apoyo que elaboren y discutan el trauma, pero sin profundizar demasiado en memorias del evento traumático como tal.⁸

Fase 6: Monitoreo

El monitoreo rutinario de resultados es esencial para evitar estancamiento de casos, evaluar efectividad y facilitar la rotación de usuarios. Para ello, es recomendable realizar evaluaciones antes, durante y después del tratamiento, para identificar posibles cambios necesarios a la práctica clínica y facilitar el proceso terapéutico.^{24,25} Al igual que en la fase de tamizaje, el PCL-5 y el PHQ-9 (fase 4) pueden ser usados para monitorear la evolución de síntomas depresivos y de TEPT.

Fase 7: Re-referencia y/o alta de usuarios

Una vez terminado el tratamiento, se recomienda evaluar cambios en la severidad de la sintomatología. Según los resultados de las pruebas, se podrá tomar la decisión clínica de a) dar de alta a usuarios con puntajes subclínicos; b) re-referir a intervenciones de baja intensidad para tratar síntomas focalizados; c) referir a grupos de apoyo a usuarios asintomáticos pero con dificultades para volver a sus rutinas, o d) en caso que los síntomas no remitan, extender el tratamiento de alta intensidad o referir a tratamiento psiquiátrico.

Fase 8: Evaluación y adaptación del modelo a zonas rurales del país

Después de evaluar el presente modelo, sería de gran utilidad adaptarlo y replicarlo en zonas rurales en las que la infraestructura de salud mental se encuentre limitada. Para ello es de extrema importancia contar con un sistema de vigilancia epidemiológica, así como una base de datos clara y actualizada.

Discusión y conclusiones

El presente documento representa un primer acercamiento al diseño de una estrategia coordinada de atención a la salud mental basada en evidencia para situaciones de desastre en México, a través de la coordinación de servicios públicos y privados. Una de sus principales limitaciones es que, debido a la falta de evidencia sobre los servicios de salud mental pública e intervenciones clínicas en México, las recomendaciones están basadas en investigaciones realizadas en otros contextos culturales y que pudieran no ser apropiadas para el caso de México. Asimismo, los autores reconocen que un proyecto de esta magnitud implica una enorme labor y pudiera requerir de una cantidad importante de recursos financieros y de colaboración ciudadana e institucional. Igualmente, es importante tener en cuenta

que no todos los desastres pueden –ni deben– ser atendidos de la misma manera, ya que cada uno presenta distintas problemáticas que deben ser consideradas antes de iniciar cualquier esfuerzo.

La perspectiva de implementación en fases permite una adecuada evaluación de necesidades para desarrollar y desplegar equipos designados a distintos esfuerzos. Se recomienda hacer uso de la infraestructura existente de centros de atención primaria, instituciones educativas y de investigación, y organizaciones gubernamentales, humanitarias y de la sociedad civil que se encuentren trabajando en refugios y zonas afectadas. Asimismo, se puede incluir y –en medida de lo posible– coordinar equipos de instituciones de formación clínica como parte del modelo de intervención.

Por último, dadas las consideraciones éticas que implica un modelo de intervención en crisis, se recomienda que únicamente aquellos psicoterapeutas con cédula profesional vigente y afiliados a instituciones de capacitación y supervisión psicoterapéutica lleven a cabo intervenciones formales tanto de alta como baja intensidad. Aquellos que no cuenten con estos requisitos profesionales podrían apoyar en la coordinación grupos de apoyo, CRM, PAP o actividades de integración social. Esto no sólo permitirá llevar a cabo estudios de mayor calidad, sino también serviría como incentivo para fomentar una cultura de rendición de cuentas, profesionalización e integridad en la práctica clínica.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Dr. Carlos Castillo-Salgado (*Department of Epidemiology, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*) y al Dr. Peter Scragg (*Department of Clinical, Educational and Health Psychology, University College London*) por sus valiosas aportaciones y recomendaciones en la elaboración del presente documento.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. World Health Organization. Building back better: sustainable mental health care after emergencies. Suiza:WHO Press, 2013.
2. Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Publications, 2013.
3. Kaminsky M, McCabe O, Langlieb A, Everly Jr G. An evidence-informed model of human resistance, resilience, and recovery: The Johns Hopkins' outcome-driven paradigm for disaster mental health services. *BTCL*. 2007;7(1):1. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhl015>
4. Norris F, Slone L. Understanding research on the epidemiology of trauma and PTSD. *RQ* 2013;24(2-3):1-13.

5. Lavell A. Desastres durante una década: lecciones y avances conceptuales y prácticos en América Latina (1990-1999). *Anuario Política y Social de América Latina*. 2000;3(1):1-32.
6. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Transparencia Presupuestaria: Fuerza México [citado 2017 diciembre 12]. Disponible en: <http://www.transparenciapresupuestaria.gob.mx/es/PTP/fuerzamexico>
7. Schoenbaum M, Butler B, Kataoka S, Norquist G, Springgate B, Sullivan G, et al. Promoting mental health recovery after hurricanes Katrina and Rita: what can be done at what cost? *AMA Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(8):906-914. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.77>
8. McNally R, Bryant R, Ehlers A. Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychol Sci Public Interest*. 2003;4(2):45-79. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01421>
9. Conlon L, Fahy T, Conroy R. PTSD in ambulant RTA victims: a randomized controlled trial of debriefing. *J Psychosom Res*. 1999;46:37-44. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(98\)00068-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00068-3)
10. Rose S, Brewin C, Andrews B, Kirk M. A randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychological Medicine*. 1999;29:793-9. <https://doi.org/10.1017/S0033291799008624>
11. Mayou R, Ehlers A, Hobbs M. Psychological debriefing for road traffic accidents: three-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2000;176:589-93. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.6.589>
12. Brewin C, Scragg P, Robertson M, Thompson M, d'Ardenne P, Ehlers A. Promoting mental health following the London bombings: a screen and treat approach. *J Trauma Stress*. 2008;21(1):3-8. <https://doi.org/10.1002/jts.20310>
13. Grabbe L, Miller-Karas E. The trauma resiliency model: a "bottom-up" intervention for trauma psychotherapy. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2017;1:1-9. <https://doi.org/10.1177/1078390317745133>
14. Vernberg E, Steinberg A, Jacobs A, Brymer M, Watson P, Osofsky J, et al. Innovations in disaster mental health: psychological first aid. *Prof Psychol Res Pr* 2008;39(4):381-388. <https://doi.org/10.1037/a0012663>
15. World Health Organization. Psychological first aid: guide for field workers. Switzerland:WHO Press, 2011.
16. Everly Jr G. Thoughts on training guidelines in emergency mental health and crisis intervention. *Int J Emerg Ment Health*. 2002;4(3):139-41.
17. Inter-Agency Standing Committee. IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Suiza: Inter-Agency Standing Committee, 2007.
18. Organización Panamericana de la Salud. Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: guía para equipos de respuesta. Washington, DC: OPS, 2010.
19. Bisson A. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (Review). The Cochrane Collaboration: John Wiley & Sons 2005. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub2>
20. Brewin C, Fuchkan N, Huntley Z, Robertson M, Thompson M, Scragg P, et al. Outreach and screening following the 2005 London bombings: usage and outcomes. *Psychol Med*. 2010;40(12):1-9. [citado 2017 diciembre 12]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636720>
21. Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016;387(10023):1123-1132. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00298-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00298-6)
22. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
23. National Institute for Clinical and Health Excellence. Post-traumatic stress disorder: management (clinical guidance CG26). Londres: National Institute for Clinical and Health Excellence, 2005 [citado 2017 diciembre 12]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG26>
24. Boswell J, Kraus D, Miller S, Lambert M. Implementing routine outcome monitoring in clinical practice: benefits, challenges, and solutions. *Psychother Res*. 2015;25(1):6-19. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.817696>

25. Lambert M. Presidential address: what we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychother Res.* 2007;17(1):1-14. <https://doi.org/10.1080/10503300601032506>
26. Weathers F, Litz B, Keane T, Palmieri P, Marx B, Schnurr P. The PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5). Washington, DC: US Department of Veteran Affairs, 2013 [citado 2017 diciembre 12]. Disponible en: www.ptsd.va.gov
27. Kroenke K, Spitzer R, Williams J. The PHQ-9. *J Gen Intern Med* 2001;16:606-13. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
28. Beck A, Steer R, Brown G. Beck depression inventory-II. San Antonio 1996;78(2):490-8.
29. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Structured clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorders, research version, patient edition (SCID-I/P). New York, NY: New York State Psychiatric Institute, 2002.
30. Foa E, Keane T, Friedman M. Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the international society for traumatic stress studies. New York, NY: Guilford Press, 2000.
31. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J Trauma Stress.* 1989;2:199-223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
32. Seidler G, Wagner F. Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychol Med.* 2006;36(11):1515-1522. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007963>
33. Benyakar M. Lo disruptivo y lo traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas. Argentina: Universidad Nacional de San Luis, 2016.
34. National Institute for Clinical and Health Excellence. Depression in adults: recognition and management (clinical guidance CG90). Londres: National Institute for Clinical and Health Excellence, 2009 [citado 2017 diciembre 12]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/CG90>
35. National Institute for Clinical and Health Excellence. Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults: management (clinical guidance CG113). Londres: National Institute for Clinical and Health Excellence, 2011 [citado 2017 diciembre 12]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
36. Neuner F, Schauer M, Klaschik C, Karunakara U, Elbert T. A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *J Consult Clin Psychol.* 2004;72(4):579. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.4.579>