

Incidentes con múltiples víctimas

Recomendaciones y dispositivos de actuación en salud mental a víctimas y familiares

José A. Martín Zurimendi, Sonia Bustamante, José M^a. Erroteta, Arantza Fernández Rivas, Oscar Martínez Azumendi, Begoña Salcedo
Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica
Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Bizkaia

Introducción

La presente guía de actuación en Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica propuesta por Osakidetza en Bizkaia, hace referencia a recomendaciones de actuación, teniendo en cuenta varios ejes de actuación, en el caso de Incidentes con Múltiples Víctimas.

Con respecto al TIEMPO:

- Actuaciones a realizar en un primer momento.
- Actuaciones en las primeras horas después del incidente.
- Actuaciones en fechas posteriores.

Con respecto al TIPO DE INCIDENTE:

- Incidentes con un número de víctimas más o menos elevado.
- Incidentes que afecten a una comunidad establecida (p. e. catástrofes naturales) o a un colectivo reunido de manera casual (p. e. accidentes de tráfico).

Con respecto al LUGAR DE REALIZACIÓN de las actuaciones, éstas se pueden llevar a cabo:

- In situ, en el mismo lugar del incidente.
- En lugares establecidos para la atención a las víctimas del incidente (lugares de abrigo y albergue, depósitos de cadáveres, etc.)
- En Unidades de Coordinación de las actividades (servicios de coordinación e información)

- En Centros Asistenciales
 - De Urgencias (Hospitales) en un primer momento
 - De seguimiento posterior (Hospitales, Centros de Salud Mental).

Con respecto al TIPO DE ACTUACIÓN:

- Recomendaciones de salud mental, que pueden ser de aplicación útil para cualquier tipo de profesional que intervenga.
- Actuaciones específicas de los profesionales de la Salud Mental
 - Directamente sobre las víctimas y sus familiares
 - De apoyo a otros profesionales o cooperantes.

Se entiende que las recomendaciones generales deberán ser incluidas en el protocolo general de actuación en el caso de I.M.V, dejando en un apartado específico las recomendaciones de actuación especializada en Asistencia Psiquiátrica y Salud Mental.

Se hará una referencia por fin a SITUACIONES O PROGRAMAS ESPECIALES:

- Atención infantil y a la adolescencia
- Atención y prevención del Estrés Posttraumático y del Duelo Patológico.
- Cuidado de los cuidadores.
- Grupos de riesgo.



RECOMENDACIONES

A. PRIMEROS MOMENTOS

Cualquier individuo afectado directamente o testigo de una catástrofe, está en riesgo de resultar afectado psíquicamente.

A.1. IN SITU

A.1.a. Evacuación de víctimas:

- Alejar del lugar lo antes posible a las víctimas, según su grado de afectación orgánica.
- En caso de que queden personas atrapadas, bloquear la visión de la catástrofe y de otros afectados.
- Tranquilizar y facilitar la expresión y la comunicación con vistas a calmar a los heridos en espera de traslado, así como a las víctimas no afectadas orgánicamente y a los familiares.

A.1.b. Clasificación de víctimas:

Está dirigido a algunas personas que no estando heridas físicamente pueden necesitar ayuda o contención.

- **Agitados**, fácilmente reconocibles, deben ser acompañados y alejados del lugar.
- **Confusos**, pueden pasar desapercibidos. Pueden vagar como perdidos y poner en riesgo su seguridad y la de los demás. Deben ser alejados del lugar y acompañados a un lugar seguro.
- **Hiperactivos**, pueden entorpecer los trabajos de rescate, o ponerse en riesgo volviendo al escenario del accidente. Deben ser alejados del lugar o incluso si no estuvieran muy afectados encargarles alguna tarea sencilla.

A.1.c. Personal implicado:

Es competencia de este nivel de actuación:

- El personal de Emergencias que se decida que intervenga.
- Si el incidente es de gran amplitud, podrá ser desplazado al lugar del incidente, personal asistencial especializado en Asistencia Psiquiátrica.

A.1.d. Cuidado de los cuidadores:

- Recomendaciones para las diferentes personas que intervienen en la catástrofe (profesionales, voluntarios, etc.)
- La prevención y la formación son fundamentales para evitar consecuencias psicológicas.
- Ver las recomendaciones recogidas en el Anexo nº V.

A.2. ACTUACIONES GENERALES

A.2.a. Atención general:

- Designar Responsable de Información a los medios de comunicación prensa, radio...), que puede estar asesorado por profesionales de la salud mental y que ofrezca.
 - Actitud serena frente al alarmismo, para evitar el “contagio” del temor.
 - Centralización de la información.
 - El trabajo se puede complementar con la elaboración de informaciones, folletos, etc.
- Designar Responsable de Información a los familiares en tres niveles:
 - Alcance de la catástrofe.
 - Recursos desplegados.
 - Información a los agentes de salud de los posibles impactos psicológicos.

A.2.b. Salud Mental:

- Información inmediata a los Hospitales con Servicios de Urgencia Psiquiátrica y a Centros de Salud Mental de la Zona.
- Información a las Direcciones de Salud Mental de Osakidetza (de los Servicios Centrales y de los Territorios Históricos).
- Designación por parte de Osakidetza de un Responsable de la Atención Psiquiátrica y Salud Mental del Incidente.
- Actuaciones terapéuticas:
 - Cuidar la transmisión de informaciones (“dar malas noticias”), evitar en lo posible la desinformación y aceptar la expresión emocional de los afectados.
 - Atención a la urgencia psiquiátrica derivada del impacto emocional, con atención psicológica y psicofarmacológica básica.



- Atención e información sobre el estrés postraumático.
- Atención ante situaciones especiales:
Enfermedades: alcoholismo, enfermedades mentales crónicas.
Grupos de edad de especial atención: niños y ancianos.

A.3. ACTUACIONES DE ASISTENCIA PSIQUIÁTRICA EN LOS HOSPITALES.

- Una vez producido el incidente la Información básica, ha de ser transmitida en los Hospitales al Responsable de Urgencias, Jefe de Servicio de Psiquiatría y a los Psiquiatras de guardia.
- La Atención Psiquiátrica tendrá una función:

a) Preventiva:

- Para limitar el desarrollo de futuros trastornos psiquiátricos. Incluyen la información y el apoyo psicológico a las personas afectadas. Conviene evitar que las personas afectadas permanezcan aisladas, debiendo estar acompañas por otras personas que han padecido el suceso o familiares.

b) Informativa:

- La información a los allegados y familiares debe ser frecuente y actualizada.
- Designar un Responsable de información sobre víctimas atendidas, que informe sobre:
 - El alcance del desastre.
 - Los recursos desplegados y servicios a los que acudir en el futuro si aparecieran secuelas del incidente.
 - El posible impacto psicológico.
 - Esta información ha de ser frecuente y actualizada.
 - Es recomendable facilitar que los afectados estén acompañados y la permanencia en grupo.

c) Coordinación: En los primeros momentos de la catástrofe

- Informando sobre la situación en el Centro, las necesidades, el personal disponible.

- Si fuera necesario se propondrá el Refuerzo del equipo de Urgencia

d) Terapéutica:

- La Atención Psiquiátrica se orientará:
 - A personas heridas una vez controlada la patología orgánica.
 - A familiares de víctimas y heridos.
 - A personas psicológicamente afectadas que acudan espontáneamente, ya que los hospitales son lugares de referencia habitual.
 - A la interconsulta y apoyo a otros estamentos.
- La atención especializada tendrá también como labor tranquilizar y facilitar la expresión y la comunicación tanto a heridos como a familiares.
- En un primer momento la atención puede ser individualizada aunque conviene recordar la eficacia de los grupos a posteriori.
- Los posibles cuadros que se pueden presentar son:
 - Ansiedad, agitación e irritabilidad.
 - Insomnio.
 - Descompensaciones de cuadros psiquiátricos preexistentes. (psicosis, depresión)
 - Cuadros de abstinencia (alcoholismo, otras drogodependencias, metadona,...)

e) Abordajes psicofarmacológicos:

- Benzodiazepinas: posiblemente útiles en un primer momento en forma oral por la facilidad de absorción y dispensación.
- Hipnóticos: por la noche, utilidad añadida en tratamientos ya instaurados.
- Neurolépticos: útiles en un primer momento en casos de grave agitación. Será necesario garantizar su suministro en los días subsiguientes para evitar abandonos de tratamiento ya instaurados. Considerar que los pacientes psicóticos están en grave riesgo de descompensarse ante una situación de catástrofe.



- Antidepresivos: sin utilidad en los primeros momentos, es necesario garantizar su suministro para evitar recaídas depresivas en pacientes en tratamiento.
- Dependencia alcohólica: en situaciones de desastre colectivo se ha descrito una mayor incidencia de síndrome de abstinencia alcohólica. Será de utilidad estar sobre aviso y contar con la suficiente provisión de fármacos utilizados en estos casos.
- Dependencia a opiáceos: lo mismo puede ser dicho en estos casos. Especial cuidado deberá tenerse en garantizar una suficiente provisión de metadona.

B. PRIMERAS HORAS SIGUIENTES AL INCIDENTE

A mayor organización, menores secuelas psicológicas posteriores.

B.I. INCIDENTE LIMITADO EN VÍCTIMAS.

B.I.I. IN SITU.

- Establecer lugares seguros y protegidos para los evacuados que no estén físicamente heridos.
- Brindar alojamientos de emergencia preferiblemente en domicilios de familiares, vecinos.
- En estos lugares (refugios provisionales) ha de proveerse bebida y comida caliente.
- Mantener en contacto a los familiares o conocidos, en especial a los niños. No separar a las familias y favorecer una distribución por redes naturales (vecinos, etc.) que garanticen el mutuo apoyo.
- Ofrecer la posibilidad de recibir ayuda especializada más adelante, e informar a los familiares de los previsible síntomas que puedan aparecer.
- Garantizar la existencia de un Botiquín con psicofármacos (ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos sedantes, clometiazol, etc.) para el personal sanitario desplazado.

B.I.2. ACTUACIONES GENERALES

- Establecer una cadena de organización de recursos e información a profesionales y a

los medios y una estructura de mando sanitaria con responsabilidades claramente delimitadas,

- Identificar y mantener localizados a los profesionales disponibles para refuerzo.
- Garantizar que se produzcan relevos de los profesionales directamente implicados, que permitan descansos y “ventilación” de vivencias.
- Si resultaran afectadas personas de zonas definidas de población, prever programas de intervención de los equipos de la zona.

B.I.3. DEPOSITO DE VICTIMAS MORTALES (HOSPITAL U OTROS)

• Identificación de víctimas mortales:

- Si es posible pedir datos para orientar la identificación (características físicas, signos de identificación personal,...)
- Establecer los reconocimientos de manera individualizada, en un entorno digno, que permita intimidad.
- Antes del reconocimiento de los familiares, limpiar, y recomponer, en la medida de lo posible, a las víctimas. Incluso se puede proporcionar una foto “polaroid” previamente si se tiene una relativa certeza sobre la identidad de la víctima.
- No deben coincidir los familiares que entran y salen de la identificación para evitar el contagio emocional.
- Favorecer la expresión emocional y contacto próximo tras la identificación. Facilitar un tiempo para despedirse del fallecido (10’-15’)
- Garantizar atención psiquiátrica si esta fuera precisa.
- **Mantener un sistema de información** actualizada a familiares sobre las víctimas y sobre los recursos y lugares de depósito de víctimas.
- **Garantizar la Asistencia Psiquiátrica Hospitalaria de Urgencia** que precisen los afectados.

B.II. AFECTACIÓN AMPLIA EN NUMERO DE VÍCTIMAS Y SERVICIOS IMPLICADOS.

B.II.1. ACTUACIONES IN SITU.

- Los lugares de abrigo además de seguros y protegidos deberán ser amplios: colegios, pabellones deportivos cubiertos,...



- Se procurará mantener, como en el caso anterior, unidos a familiares, vecinos y conocidos.
- Establecer un sistema para mantener a los niños seguros, identificados, y con posibilidades de moverse, jugar (recanalización de la catástrofe a través del juego), sin molestar a las otras víctimas, y con posibilidad de comunicar y expresar sus emociones y recuerdos del momento.
- Identificación de los niños (pegatinas,...) garantizando que sólo familiares directos puedan recoger a los niños.
- Atender a los ancianos procurando evitar la desorientación (información de horarios, lugares, etc.). Ubicarlos en lugares cercanos a los lavabos.
- Existencia de Registros de Entradas y Salidas.

B.II.2. ACTUACIONES GENERALES.

- Difundir a los medios de comunicación, de manera coordinada por el Responsable de Información, y de manera permanente, información concreta sobre:
 - Las dimensiones de la catástrofe.
 - Los lugares donde se atiende a las víctimas y los teléfonos o puntos de información a los familiares.

B.II.3. ACTUACIÓN EN HOSPITALES.

- Si existieran víctimas mortales para reconocimiento: tener en cuenta lo expuesto en el apartado de Identificación (B.I.3).
- Garantizar la información en todos los puntos de urgencia del lugar a donde han sido conducidas las víctimas, heridos, de las que se desconoce identificación.
- Organizar la atención a los familiares que acuden solicitando información o atención.
- Valorar la posibilidad de aumento de la demanda en urgencias por repercusión del conocimiento del desastre en personas con o sin patología psiquiátrica previa. En tal caso garantizar los refuerzos sanitarios necesarios.

C. FECHAS POSTERIORES

Todas las personas afectadas, testigos y profesionales que participen en una catástrofe percibirán efectos psicológicos.

La mayoría los superarán en unas semanas. Un grupo reducido precisará intervención profesional especializada.

C. I. ACTUACIONES EN UNIDADES DE ATENCIÓN.

Valoración psíquica y tratamiento de los heridos.

- Programa de Psiquiatría de enlace en diferentes Servicios (Hospitales: Traumatología, U.V.I.s, etc.)
- Tratamiento de los síntomas y orientación terapéutica.
- Detección de afectados de mayor riesgo.
- Información a los afectados y familiares de los síntomas psicológicos previsibles.
- Información a los afectados y familiares de las pérdidas humanas, en el momento y forma adecuada.

Equipo responsable: Servicios de Psiquiatría Hospitalaria, con refuerzos temporales, si fueran precisos.

Derivación para diagnóstico y tratamiento, si fuera preciso.

C.2. ACTUACIONES GENERALES

Elaboración de guías y folletos de actuación en:

- Atención Primaria de salud.
- Medio escolar.
- En la Comunidad si el incidente afecta fundamentalmente a una comunidad concreta.

C.3. EQUIPOS Y PROGRAMAS ESPECIALES.

- Programas de Detección de síntomas en Urgencias, Centros de Salud y Centros de Salud Mental.
- Desarrollo de Programas de Atención al Estrés Postraumático.
- Desarrollo de programas específicos de Psiquiatría Infantil.
- Desarrollo de programas específicos de Cuidado de los Cuidadores.
- Incorporar tan pronto sea posible una dinámica de Evaluación de las actuaciones.



D. ACTIVACIÓN DEL PLAN EN SALUD MENTAL

D.1. EN LOS PRIMEROS MOMENTOS D.1.1 PRIMERA INFORMACIÓN AL SUBSISTEMA DE SALUD MENTAL

Tras una primera evaluación desde los Servicios de Emergencias se informará, para garantizar la Asistencia Psiquiátrica:

- A los Hospitales con Servicios de Urgencia Psiquiátrica: Psiquiatra de guardia y Jefe del Servicio de Psiquiatría, según el lugar en el que se ha producido la catástrofe.

D.1.2. DATOS IMPRESCINDIBLES

Esta primera información a los Equipos de Salud Mental ha de incluir los siguientes apartados:

- Naturaleza y extensión del incidente.
- Aproximación al número y situación de los heridos, en especial en el área de la salud mental (agitaciones, etc.).
- Necesidad de recursos de Asistencia Psiquiátrica
- Información sobre la derivación de pacientes a diferentes hospitales.
- Localización del Puesto de Mando del Incidente o Mando Médico si ya está establecido.

ZONA	HOSPITAL
ARABA	SANTIAGO
BIZKAIA-BILBAO	BASURTO
BIZKAIA-ESKERALDEA Y URIBE	CRUCES
BIZKAIA INTERIOR	GALDAKAO
GIPUZKOA	COMPLEJO DONOSTIA

- En el caso de que el incidente tenga un número elevado de víctimas, afecte a varias zonas o los pacientes sean derivados a varios hospitales, la comunicación ha de hacerse a todos los Hospitales implicados.
- Los hospitales u otros dispositivos asistenciales que no cuenten con Servicio de Urgencias Psiquiátricas se pondrán en contacto, en un primer momento, con el mando médico del Incidente, para notificar las necesidades detectadas en su hospital, en el área de la Asistencia Psiquiátrica
- A las Direcciones de Salud Mental de Osakidetza (de los Servicios Centrales y de los Territorios Históricos).
- A Centros de Salud Mental de la Zona, si el incidente se produce en jornada laboral (de 8 a 15 h) o a primera hora del primer día laboral.

D.1.3. RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA Y SALUD MENTAL

Se designará lo antes posible, por parte de Osakidetza, un Responsable de la Atención Psiquiátrica y Salud Mental del Incidente.

- Interlocutor para el mando sanitario.
- Designará los recursos de salud mental precisos.
- Recibirá información actualizada permanentemente.
- Coordinará las actuaciones de Salud Mental.
- Designará responsables de información de Salud Mental, o de apoyo a los Sistemas de Información del I.M.V.

D.1.4. PRIMERAS ACTUACIONES EN LOS HOSPITALES.

- Una vez producido el incidente la Información básica, ha de ser transmitida en los



Hospitales: al Responsable de Urgencias, Jefe de Servicio de Psiquiatría y/o a los Psiquiatras de guardia.

- Dado que las Urgencias Psiquiátricas funcionan ininterrumpidamente pueden servir como Centros coordinadores hasta la puesta en funcionamiento del Plan Global de Intervención.
- El Psiquiatra de guardia asumirá el liderazgo de las actuaciones en Salud Mental en las fases iniciales, organizando y distribuyendo tareas a realizar, hasta la presencia de una figura responsable de coordinación superior; asumiendo funciones de Coordinación en los primeros momentos de la catástrofe:
 - Informando sobre la situación en el Centro, las necesidades, el personal disponible.
 - Si fuera necesario propondrá el Refuerzo del equipo de Urgencia (según la dimensión del Incidente).
 - Con tal fin se recomendará que se avise a los facultativos (Psiquiatras y Psicólogos) que normalmente desarrollan su trabajo y/o las guardias de presencia física en dichos hospitales tanto de los propios Hospitales como de los C.S.M. de la zona. Con tal fin se contará en cada Hospital con el listado y direcciones de dicho grupo de facultativos.
 - Previamente se habrá comunicado a los profesionales de la salud mental que en caso de I.M.V. se pongan en contacto con los Hospitales que estén atendiendo a las víctimas.
 - Se comunicará a los Centros de Salud Mental de la zona (en el primer momento en que sea posible) la existencia de la catástrofe. Los Servicios de Psiquiatría contarán con el listado, direcciones y Responsables de los C.S.M del Territorio Histórico.

D.1.5. IN SITU (LUGAR DEL INCIDENTE)

- Si el incidente es de gran amplitud, podrá ser desplazado al lugar del incidente, personal asistencial especializado en Asistencia

Psiquiátrica. Esta decisión ha de ser tomada por el mando sanitario del I.M.V en un primer momento y por el responsable de Asistencia Psiquiátrica si está designado desde esos primeros momentos. Para que sea posible este desplazamiento se han de haber dado los pasos recogidos en el apartado anterior.

D.2. PRIMERAS HORAS SIGUIENTES AL INCIDENTE.

D.2.1. INCIDENTE LIMITADO EN VÍCTIMAS.

- Una vez establecida una cadena de organización de recursos e información a profesionales y a los medios y una estructura de mando sanitaria con responsabilidades claramente delimitadas, el Responsable de la Asistencia Psiquiátrica de la Catástrofe se deberá integrar dentro de esta estructura.
- Además de continuar con las actuaciones descritas en apartados anteriores se deberá.
 - Informar y mantener localizados los profesionales disponibles para posibles refuerzos y relevos.
 - Garantizar que se produzcan relevos de los profesionales directamente implicados, que permitan descansos.
 - Si resultaran afectadas personas de zonas definidas de población, prever de manera rápida programas de intervención de los equipos de la zona (Centros de Salud Mental, A. Primaria. Etc.)
 - Con respecto a los Depósitos de Víctimas Mortales (en el Hospital u otros emplazamientos), además de las recomendaciones expuestas en las líneas generales de actuación, desde la Asistencia Psiquiátrica se deberá:
 - Colaborar con sus recomendaciones para mantener un sistema de información actualizada a familiares sobre las víctimas y sobre los recursos y lugares de depósito de víctimas.
 - Garantizar la Asistencia Psiquiátrica Hospitalaria de Urgencia que precisen los afectados.



D.2.2 AFECTACIÓN AMPLIA EN NUMERO DE VÍCTIMAS Y SERVICIOS IMPLICADOS: ACTUACIÓN EN HOSPITALES.

- Si existieran víctimas mortales para reconocimiento: tener en cuenta lo expuesto en las recomendaciones generales.
- Garantizar la información en todos los puntos de urgencia del lugar a donde han sido conducidas las víctimas, heridos, de las que se desconoce identificación.
- Organizar la atención a los familiares que acuden solicitando información o atención.
- Valorar la posibilidad de aumento de la demanda en urgencias por repercusión del conocimiento del desastre en personas con o sin patología psiquiátrica previa. En tal caso garantizar los refuerzos sanitarios necesarios.

D.3. FECHAS POSTERIORES.

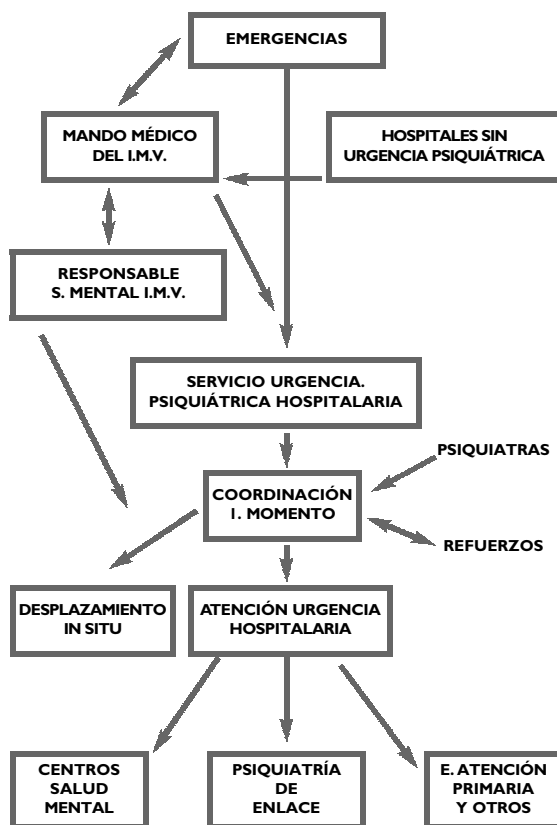
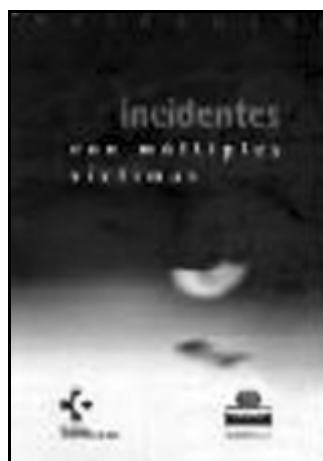
D.3.1. ACTUACIONES EN UNIDADES DE ATENCIÓN: SERVICIOS DE PSIQUIATRÍA HOSPITALARIA.

Estos equipos continuarán con la atención a los heridos hospitalizados, en concreto:

- Valoración psíquica y tratamiento de los heridos en el programa de Psiquiatría de enlace en diferentes Servicios (Hospitales: Traumatología, U.V.I.s, etc.)
- Tratamiento de los síntomas y orientación terapéutica, detección de afectados de mayor riesgo.
- Información a los afectados y familiares sobre las pérdidas humanas, en el momento y forma adecuada y de los síntomas psicológicos previsibles.

D.3.2. ACTUACIONES EN UNIDADES DE ATENCIÓN: SERVICIOS DE ATENCIÓN COMUNITARIA (C.S.M. etc.),

Los familiares, afectados no ingresados y los pacientes ingresados una vez dados de alta para diagnóstico y tratamiento, serán derivados, si fuera preciso, a los Equipos de Atención Primaria y Centros de Salud Mental de la zona, con refuerzos temporales, si son precisos.





ANEXO I

INCIDENTES DE MÚLTIPLES VÍCTIMAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS I.M.V. EN NIÑOS Y ADOLESCENTES.

Estos efectos psicológicos dependen de:

- Nivel de desarrollo del niño en el momento.
- Percepción de la reacción familiar.
- Grado de exposición directa al suceso traumático.
- Afectación de su situación vital tras el incidente.
(cambios en la “infraestructura”).

A. REACCIONES PSICOLÓGICAS ESPERABLES. DESARROLLO DE LA CLÍNICA EN EL TIEMPO

A.I. Respuesta traumática precoz. (minutos–días).

- La reacción del niño durante el I.M.V. suele ser silenciosa.
- Reevalúan lo ocurrido buscando razones y el por qué. (“atribución causal”).
- Pueden aparecer :
- Trastornos del sueño: en conciliación, mantenimiento, pesadillas (reproducen a veces el IMV), sonambulismo, somnolencia, terror nocturno.
- Miedos
 - a la repetición del hecho
 - angustia de separación (incrementada por ambas partes: padres e hijos).
 - miedos habituales a la edad: oscuridad, soledad,...
- Disminución de la capacidad de centrar la atención y como consecuencia disminución del aprendizaje.
- Juego traumático o verbalización del hecho.
- Síntomas psicósomáticos: dolor abdominal, cefaleas.
- Trastornos del control de esfínteres: enuresis secundaria a la situación traumática.

- Inhibición, aislamiento, conductas de evitación.
- Trastornos de conducta, irritabilidad.
- Culpa por sobrevivir.

A.II. Respuesta traumática en los siguientes meses

- Miedos, que suelen ser muy persistentes.
- Sueños repetitivos. Trastornos del sueño.
- Irritabilidad, trastornos de conducta y del aprendizaje que suelen ir cediendo.
- Aparecen “reactuaciones” (comportamientos repetitivos del trauma).

A.III. Respuestas al trauma psíquico en los siguientes años.

- Reacciones postraumáticas de aniversario.
- Persisten miedos relacionados con el I.M.V.
- Expectativa sobre su futuro limitada.

B. CARACTERÍSTICAS DE LA REACCIÓN EN FUNCIÓN DE EDAD.

B.I. Posibles respuestas según edad

- Los niños pequeños < 28–36 meses: no son capaces de hacer un relato completo de lo ocurrido.
- No obstante, pueden exteriorizar síntomas como miedos, juego postraumático, dificultad en percibir el futuro, reactuaciones, sueños, pesadillas.
- Los niños, en general, son una población de especial riesgo en estas situaciones (en contra de la creencia popular) debido a:
 - Sus limitadas experiencias vividas hacen que disminuya su capacidad de afrontamiento del hecho traumático.
 - Generalmente son incapaces de procesar cognitivamente los complejos sucesos. Además aún no han desarrollado del todo un sentido temporal que les pudiera indicar que la experiencia traumática no continuará indefinidamente.



B.II. Posibles síntomas según la edad:

- Preescolares: conductas regresivas (enuresis, chuparse el dedo, miedos, dormir con los padres, etc.).
- Escolares: conductas regresivas y comportamientos de tipo “acting-out” (enuresis, pesadillas, irritabilidad, desobediencia, quejas somáticas, rechazo escolar, trastorno de conducta, falta de concentración, aislamiento etc.).

Es importante considerar la existencia en los niños del denominado “pensamiento mágico” (la creencia de que ellos pueden interferir en hechos que en realidad se hallan totalmente fuera de su control) puesto que pueden hacer interpretaciones irreales del hecho traumático vivido que les pueden conllevar consecuencias negativas. Este hecho resalta aún más la necesidad de que se ayude a estos niños a expresar todas sus creencias y pensamientos en relación al hecho traumático en un ambiente seguro y contenedor.

- Preadolescentes y adolescentes: Aislamiento, quejas somáticas, tristeza, depresión, trastorno de conducta, trastorno del sueño, descenso en el rendimiento escolar, conductas de riesgo, abuso de sustancias. En adolescentes (al igual que en población adulta) pueden aparecer experiencias post-traumáticas en forma de flashbacks).

C. PERCEPCIÓN DE LA REACCIÓN FAMILIAR. INDICACIONES A PADRES.

- Hay que partir de la premisa de que las familias pueden ayudar.
- Muchos estudios han mostrado que el funcionamiento parental es un predictor más fuerte del ajuste del niño tras la catástrofe, que la propia exposición directa del niño al mismo.
- Los padres son suficientemente capaces para valorar síntomas en sus hijos. Basta en muchas ocasiones con darles orientaciones y escucharlos.

- Es conveniente también informar a los padres que la clínica puede ser diferida, o más aparente en el tiempo.
- Insistir a los padres que el niño sufre y es el más vulnerable.

D. INDICACIONES DE INTERVENCIÓN.

D.I. Si el incidente es en una determinada área geográfica es conveniente la intervención familiar, (indicaciones a padres) y en escuelas, organizado por los C.S.M. de la zona. Incluso la intervención familiar puede vehiculizarse a través de la escuela.

La intervención escolar debe estar basada en:

- La exploración del estado psicológico.
- El apoyo.
- Las medidas educativas sobre las reacciones psicológicas esperables.

Estos aspectos se logran por medio de la educación sobre los posibles síntomas y la clarificación y “ventilación” sobre la experiencia vivida.

D.II. Intervención escolar debe seguir esta dirección: Director ® Tutor ® aula ® grupos ® personas.

D.III. La intervención escolar debe incidir también en los compañeros de las víctimas que pueden desarrollar clínica postraumática.

D.IV. Si el incidente no aglutina a personas de una determinada área, es preciso que los pediatras y Centros de Salud de la Zona informen a los padres de las directrices a seguir.

D.V. Los focos de actuación en la intervención terapéutica deberán centrarse en:

- Las experiencias traumáticas.
- Los recuerdos.
- Duelo y la interconexión trauma-duelo.
- Estresores y adversidades posteriores al desastre.
- Impacto en el desarrollo del sujeto.



D.VI. Intervención a niños con necesidades especiales:

- Niños heridos: La respuesta psicológica al trauma se ve complicada por el periodo de tratamiento (más o menos extenso, alejado o no de su entorno-familia) que por ello precisa.
- Niños que han perdido un miembro de su familia (especialmente padres y hermanos): No solamente deben afrontar el IMV sino también esta pérdida personal para él debastadora y además adaptarse a la nueva estructuración de su familia y entorno.
- Niños en situación de realojamiento: Cuando tras un IMV es preciso proceder a realojar a las víctimas en hogares diferentes a los suyos, estos niños además de sufrir el trauma directo del IMV deben enfrentar la pérdida de su entorno familiar y el apoyo que éste le ofrecía. En estas situaciones las familias sufren momentos de un estrés extremo que puede conllevar un impacto negativo para los niños: carencia de un apoyo especial para ellos, tendencia a ignorar sus necesidades específicas.
- Niños con enfermedades mentales o minusvalías físicas: Este tipo de niños tienen frecuentemente dificultades en la comprensión de la naturaleza e impacto del IMV y de sus consecuencias. Los déficits cognitivos pueden dificultar esta comprensión. Los problemas emocionales pueden facilitar el desarrollo de una reacción al evento traumático más severa. Es importante reseñar que estos niños, por sus características emocionales y físicas, son más dependientes de sus familiares y soportes sociales que los niños sanos, y mucho más en estas situaciones traumáticas tan estresantes en las cuales sus propios apoyos se hallan también en crisis y pueden adolecer de propiciarles la atención y el cuidado que precisan.

ANEXO II

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

A. DEFINICIÓN, CAUSA, CURSO

El **Trastorno por Estrés Postraumático** consiste en el desarrollo de síntomas característicos después de un suceso traumático. Entre los sucesos que provocan **Trastorno por Estrés Postraumático** se encuentran el ser testigo, experimentar o enfrentar una grave amenaza contra la vida o integridad física propia o de otra persona, y son experimentados con intenso temor, horror e impotencia.

Como no todas las personas que experimentan sucesos traumáticos desarrollan **Trastorno por Estrés Postraumático**, debe haber una vulnerabilidad, cuya naturaleza es desconocida, que permite que se desarrolle el trastorno.

Los síntomas generalmente empiezan de inmediato o poco después del trauma. Pueden persistir indefinidamente sin tratamiento, o pueden resurgir periódicamente.

B. ASPECTOS PSICOLÓGICOS COMUNES DURANTE LA CATÁSTROFE

Pueden aparecer:

- Sentimientos de intenso malestar, inquietud, desamparo, indefensión.
- Miedo a perder la propia vida y la de los seres queridos.
- Sentimientos de solidaridad y empatía.

C. ASPECTOS PSICOLÓGICOS COMUNES DESPUÉS DE UNA CATÁSTROFE

Después de una catástrofe puede aparecer:

- Ansiedad anticipatoria.
- Las primeras conductas inmediatas a la emergencia siempre van dirigidas a la búsqueda de seres queridos y a recuperar la unidad familiar.
- Algunas alteraciones en el sueño y conducta alimentaria en los días y semanas posteriores.



- Urgente necesidad de contar una y otra vez la experiencia vivida.
- Atribución de control externo: el resultado de lo que ha ocurrido en el suceso se atribuye fuera de uno mismo.
- Sentimientos de solidaridad y empatía.

D. SÍNDROME DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. (CIE.10)

Según la clasificación de los “Trastornos mentales y del comportamiento” C.I.E. 10. Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre combates, accidentes graves el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen).

Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés posttraumático son:

- Episodios reiterados de volver a vivir el trauma en forma de reminiscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones que recuerdan o sugieren el trauma.
- En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un

repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

- Por lo general hay un estallido de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideaciones suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicotropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad.

E. TRANSFORMACIÓN PERSISTENTE DE LA PERSONALIDAD TRAS EXPERIENCIA CATASTRÓFICA. (CIE 10)

“La transformación persistente de la personalidad puede aparecer tras la experiencia de una situación estresante catastrófica. El estrés debe ser tan extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. Son ejemplos típicos: experiencias en campos de concentración, torturas, desastres y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida (por ejemplo, secuestro, cautiverio prolongado con la posibilidad inminente de ser asesinado). Puede preceder a este tipo de transformación de la personalidad un trastorno de estrés posttraumático. Estos casos pueden ser considerados como estados crónicos o como secuelas irreversibles de aquel trastorno. No obstante, en otros casos, una alteración persistente de la personalidad que reúne las características que a continuación se mencionan, puede aparecer sin que



haya una fase intermedia de un trastorno de estrés postraumático manifiesto. Sin embargo, las transformaciones duraderas de la personalidad después de una breve exposición a una experiencia amenazante para la vida como puede ser un accidente de tráfico, no deben ser incluidas en esta categoría puesto que las investigaciones recientes indican que este tipo de evolución depende de una vulnerabilidad psicológica preexistente. La irritabilidad, la ira y la agresión pueden aumentar en los años siguientes al desastre; también los desórdenes físicos (hipertensión, cefaleas tensionales, trastornos gastrointestinales) y los porcentajes de mortalidad aumentan entre los supervivientes, siendo particularmente notable en el año siguiente a la catástrofe entre los familiares de víctimas que no sobrevivieron.”

ANEXO III

PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN PSIQUIÁTRICA ANTE EL DUELO PATOLÓGICO EN CATÁSTROFES

PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN (PAUTAS DE PREVENCIÓN Y SEGUIMIENTO) ANTE EL DUELO PATOLÓGICO EN CATÁSTROFES.

Considerando que por la propia esencia de las situaciones de catástrofe, la incidencia del duelo patológico será tanto más alta cuanto más directa y brutal haya sido la pérdida (fundamentalmente humana) y menores los recursos psicológicos para afrontar dicha pérdida.

A. INTERVENCIÓN PRECOZ:

A.I. Evitar la psiquiatrización generalizada de la catástrofe. El derrumbe en la pasividad depositando capacidades y recursos en los que “supuestamente saben” (profesionales), infantiliza innecesariamente a los afectados inhibiendo su propia potencialidad de respuesta sana. Resultan muy adecuado un acompañamiento basado en el sentido común y la

solidaridad de la población general.

A.II. Evitar, en lo posible, la prescripción indiscriminada de psicofármacos. Teniendo en cuenta que los mecanismos de defensa operantes pueden ser muy primitivos (negación, disociación extrema, aislamiento) y las ansiedades presentes de contenido claramente psicótico (muerte, desintegración...), se evitarán, sobre todo en un primer tiempo, los fármacos que bloqueen la capacidad asociativa y la instauración del proceso de duelo (antidepresivos). Si es imprescindible, resultará menos yatrógeno recurrir a la medicación ansiolíticas, dejando el uso de antidepresivos para los genuinos síndromes depresivos.

B. INTERVENCIÓN EN EL PERIODO DE REPARACIÓN:

B.I. CON EL COLECTIVO DIRECTAMENTE AFECTADO.

Intervención directa/ indirecta en la constitución del Grupo, Asociación, etc. que sin duda se formará.

- Se trata de evitar por todos los medios posibles que se constituya en grupo hermético, con un líder, quizás desequilibrado, que estimule el funcionamiento patológico según el modelo de la “masa”. Que el colectivo sea regulado por una persona “no afectada” y orientado como grupo operativo de trabajo, será garantía de su real utilidad a largo plazo.

Contención en Grupo Terapéutico.

- Netamente diferenciado del anterior, tendrá por objeto la evacuación y elaboración de la ansiedad en las distintas fases del duelo, en un encuadre terapéutico. Altamente ventajoso respecto al seguimiento individualizado (que también será necesario en algunos casos), permitirá ciertas dosis de información profiláctica que pueda ser bien acogida por los integrantes más sanos y “peleada” con los más perturbados.



- Es conveniente una vigilancia exhaustiva de la salud física en los tres años siguientes a la pérdida de familiares directos (Hijos, padres, hermanos). Puesto que la elaboración del duelo puede resultar imposible, siempre hay que tener en cuenta la posibilidad de somatizaciones, incluso las graves. En el colectivo masculino, más proclive a la acción, no estará de más advertir sobre los accidentes (laborales, deportivos y de tráfico).
- En el caso de pérdida de hijos niños, alentar el tiempo de demora de nuevos embarazos para evitar la “sustitución”, repetición nombres, etc.
- Hablar abiertamente de las vivencias ambivalentes amor-odio respecto de los hijos supervivientes. Con gran frecuencia la pareja parental (y la madre particularmente) no podrá mantener proximidad emocional con ellos, lo que puede aumentar los sentimientos de culpa tanto en los padres como en los hijos además de hacer sentir a éstos últimos un gran abandono. Explicitarlo puede ayudar a buscar otros recursos entre los familiares no directamente afectados.

B.II. CON LA POBLACIÓN PRÓXIMA NO AFECTADA:

- Integrarla en lo posible en los recursos sociales, disminuirá los sentimientos de culpa colectiva.
- Protegerla del odio y la (posible) agresión por parte de los damnificados. A través de la información directa (charlas), indirecta (medios de comunicación) y de la contención del grupo afectado.

C. INTERVENCIÓN A LARGO PLAZO:

- Rastrear permanentemente las posibles manifestaciones del duelo patológico, durante un período de largo tiempo desde la catástrofe. Sobre todo es fundamental en los hermanos supervivientes de niños muertos y en los nacidos con proximidad a la catástrofe

ANEXO IV

GRUPOS DE RIESGO

COLECTIVOS DE RIESGO EN CATÁSTROFES

Una visión primera de una catástrofe nos conduce a pensar inmediatamente en los heridos, y en los damnificados directamente en sus bienes. Sin embargo, cuando penetramos en la tragedia es fácil comprobar como los grupos de personas que se encuentran dentro de lo que podríamos llamar *grupos de riesgo* son muchos más:

- 1 Entre los afectados directamente algunos de ellos son personas de alto riesgo: son aquellos que relatan elementos puntuales como el quedarse sin hogar o temer no tenerlo en el futuro, la edad muy avanzada, el bajo soporte social de un damnificado y fundamentalmente el padecimiento de una situación premórbida anterior a los hechos.
- 2 Aquellas personas afectadas de un estado anterior patológico, físico o psíquico.
- 3 Los intervinientes, como profesionales o voluntarios.
- 4 Las personas afligidas por la desgracia o fallecimiento de un ser querido en la catástrofe; tanto aquellas que asisten al lugar de la catástrofe como las que por cualquier causa personal o de impedimento, debieron permanecer en sus lugares de origen.
- 5 Otros grupos de riesgo son las poblaciones que presentan alguna dificultad de relación social.

Una vez detectados los colectivos de riesgo es necesario seguir el control de estos grupos o personas en su reincorporación a la vida cotidiana.

La acumulación de agentes estresantes que aumentan la gravedad de los mismos plantea la necesidad de registrar aquellos que se consideren relevantes.



ANEXO V

CUIDADO DE LOS CUIDADORES

A. SEGUIMIENTO

Es necesario sensibilizar a Instituciones, a los profesionales y a las Asociaciones de Voluntariado, en torno a los componentes emocionales de emergencias y catástrofes, así como sus posibles consecuencias en víctimas y personal de salvamento.

Tanto la prevención como la formación son fundamentales para evitar posibles consecuencias psicológicas, en aquellas personas, profesionales (sanitarios, bomberos, policías,...) y voluntariado, que participan en la atención a las víctimas de las catástrofes, ya que pueden desencadenarse síntomas que desemboquen en un estrés postraumático.

Es fundamental que todas las Instituciones con voluntariado y profesionales que actúan en catástrofes, emergencias y en general en situaciones críticas, cuenten con equipos profesionales de apoyo que realicen un seguimiento a las personas y los profesionales en diferentes niveles:

- **Fase de intervención:** Seguimiento en el momento en que se realiza la actividad. Tendremos que tener en cuenta aspectos organizativos (turnos específicos de trabajo que permitan el descanso, “ventilación” de las emociones, cuadrícula del terreno en vez de peñados indefinidos, abandono del lugar cuando termina el turno, detección de posibles alteraciones psicológicas,...)
- **Seguimiento posterior:** Técnicas grupales de intervención con el voluntariado que ha participado en una situación de desastre o emergencia, para evitar la cristalización de los síntomas que podrían derivar en un cuadro de estrés postraumático.
- **Derivación:** Cuando sea necesaria una intervención individualizada se derivará a los centros especializados.

No sólo no está indicado en la mayoría de los casos un tratamiento especializado, sino

que personal no profesional debidamente entrenado, y la ventilación de vivencias entre pares, pueden ser los mejores recursos disponibles.

El tratamiento especializado está indicado sólo para aquellas personas en las que persistan síntomas emocionales, y para aquellas que paulatinamente irán apareciendo por las secuelas diferidas. La formación del personal que atiende a catástrofes puede ser también competencia de los equipos especializados de salud mental.

B. ENTRENAMIENTO DE LOS EQUIPOS DE AYUDA

B.I Mejorar la formación.

- Estudiar y divulgar todas aquellas experiencias y técnicas que pudieran favorecer la mejor superación emocional tras los desastres.
- Divulgar las conductas y trastornos más frecuentes tras un suceso traumático.
 - Pena o duelo por las pérdidas sufridas.
 - Culpa.
 - Rabia.
 - Ansiedad.
 - Depresión.
 - Reparación de problemas o síntomas psíquicos ya resueltos con anterioridad.
 - Reacciones adaptativas como la necesidad de sentirse parte de la comunidad y participe en los esfuerzos de rehabilitación. Deseo de ayudar a otros.
- Conocer posibles respuestas psicológicas como puede ser “la culpa por no hacer más”.

B.II. Desarrollo de cierta capacidad de escucha-empatía.

- En muchas ocasiones lo más indicado y único que se puede hacer es escuchar.
- Los profesionales y el voluntariado deben conocer y poder tolerar ser



objeto de actitudes agresivas por parte de los afectados

- Además, resultan de gran utilidad las técnicas de reconocimiento, de escucha interior, y ventilación de las posibles ansiedades generadas por la tarea.

B.III. Autoprotección ante el desbordamiento emocional.

Este extremo, aunque de máxima importancia, no siempre es tenido en cuenta.

Cierta frialdad emocional es condición indispensable para una intervención de urgencia efectiva, sin embargo, lo que aquí consideramos es el bienestar y el rendimiento a largo plazo de los individuos.

Muchas veces, a pesar incluso de los máximos esfuerzos por evitar la sobrecarga de los equipos, habrá personas que den muestras de desbordamiento.

El estrés puede ser consecuencia tanto de una sobrecarga puntual, por ejemplo tras agotadoras jornadas de rescate en una catástrofe, donde al cansancio físico se añaden imágenes de dolor y destrucción, como del estrés mantenido por condiciones laborales inadecuadas o de cierta dureza.

Un cuadro asociado es lo que ha venido en llamarse “síndrome del quemado” de aparición progresiva con fatiga, irritabilidad, deshumanización, desinterés, ineficacia y quejas hacia superiores o compañeros.

B.IV Creación de bases documentales

Este archivo documental debería estar orientado y a disposición, con fácil accesibilidad, de los profesionales y asociaciones de voluntariado pudiendo contener:

- Información relativa a las experiencias generadas en desastres de nuestro entorno, con el fin de crear una base de datos que permita adecuar intervenciones posteriores a características más acordes con nuestro medio.
- Aspectos psicológicos y tipos de intervención en las emergencias, crisis y catástrofes, tanto en relación con las víctimas como con los equipos de rescate.
- Material informativo para las víctimas de cualquier tipo de desastre, con especial cuidado en reflejar aquellas reacciones que probablemente aparecerán en los momentos subsiguientes y podrán ser vistas como reacciones adaptativas “normales”.
- Listado de medicaciones imprescindibles así como de sus indicaciones, ante una catástrofe, elaborado y mantenido al día.
- Documentación sobre estrategias informativas de carácter preventivo dirigidas a los medios de comunicación.
- Investigaciones en este campo.



Coordinación:

• **José A. MARTÍN ZURIMENDI**

Médico Psiquiatra. Director de A. Psiquiátrica y Salud Mental Bizkaia. Osakidetza.

Miembros Equipo de Redacción:

• **Sonia BUSTAMANTE**

Médico Psiquiatra. Jefe Clínico Servicio de Psiquiatría Hospital de Basurto. Osakidetza.

• **José M^a. ERROTETA**

Médico Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría Hospital de Cruces. Osakidetza.

• **Arantza FERNÁNDEZ RIVAS**

Médico Psiquiatra. Centro de Salud Mental Infanto Juvenil de Portugalete. Osakidetza.

• **Oscar MARTÍNEZ AZUMENDI**

Médico Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Uribe. Osakidetza.

• **Begoña SALCEDO**

Médico Psiquiatra. Jefe de Servicio de Asistencia Psiquiátrica Bizkaia. Osakidetza.

S. Mental y A. Psiquiátrica.
Osakidetza/Servicio Vasco de Salud. Bizkaia.



BIBLIOGRAFÍA

ADULTOS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Committee on Psychiatric Dimensions of Disaster. Conference on the Roles of Psychiatrists in Disasters. Washington. DC. October 1996.
- BARTON, G.M. “Disaster preparedness from an emergency psychiatry perspective”. En: Barton, G.M. Friedman, R. (Eds.). *Handbook of emergency psychiatry for clinical administrators*. Nueva York: The Haworth Press, 1986, pags. 313–23.
- BROMET, E. SCHULBERG, H.C. DUNN, L. “Reactions of psychiatric patients to the Three Mile Island nuclear accident”, en *Archives of general psychiatry*, 1982, 39, 725–30.
- BROWN, T.M. SCOTT, A.I.F. PULLEN, I.M. *Handbook of emergency psychiatry*. Edinburgo: Churchill Livingstone, 1990.
- BURKE, J.D. BORUS, J.F. BURNS, B.J. MILLSTEIN, K.H. BEASLEY, M.C. “Changes in children's behavior after a natural disaster”, en *American journal of psychiatry*, 1982, 138/8: 1010–4.
- CAPLAN, G. *Principios de psiquiatría preventiva*. Buenos Aires: Paidós, 1980. (Original publicado en 1964).
- DE NICOLAS LUIS. “Después de los desastres...¿Qué?” en *Papeles del Psicólogo* 1997. N°68 58 –51.
- DUCH Mª LUISA, FORTUÑO CRISTINA Y LACAMBRA VICTOR MANUEL. “Apoyo psicológico; Formación e intervención con el voluntariado en desastres” en *Papeles del Psicólogo* 1997. N°68 33–30.
- GOENJIAN, A. “A mental health relief programme in Armenia after the 1988 earthquake. Implementation and clinical observations”, en *British journal of psychiatry*, 1993, 163, 230–9.
- GREEN, B.L. LINDY, J.D. GRACE, M.C. LEONARD, A.C. “Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample”, en *The journal of nervous and mental disease*, 1992, 180/12, 760–6.
- GUARNACCIA, P.J. CANINO, G. RUBIO–STIPEC, M. BRAVO, M. “The prevalence of ataques de nervios in the Puerto Rico disaster study. The role of culture in psychiatric epidemiology”. *The journal of nervous and mental disease*, 1993, 181/3, 157–65.
- GUFTANSON, J.P. “An integration of brief dynamic psychotherapy”, en *American journal of psychiatry*, 1984, 141/8, 935–44.
- HAFEN, B.Q. & FRANDBSEN, K.J. *Psychological emergencies & Crisis intervention, A comprehensive guide for emergency personnel*. Colorado: Morton Publishing Company, 1985.



- HANDFORD, H.A. MARTIN, E.D. KALES, J.D. "Clinical intercessions in emergencies: technological accidents", en Lystad, M. (Ed) *Mental Health response to mass emergencies. Theory and practice*. Nueva York: Brunner/Mazel, 1988, pags. 181–210.
- HAVENAAR, J.M. POELIJOE, N.W. KASYANENKO, A.P.VAN DEN BOUT, J. KOETER, M.W.J. FILIPENKO, V.V. "Screening for psychiatric disorders in an area affected by the Chernobyl didacter: the reliability ant validity of three psychiatric screening questionnaires in Belarus", en *Psychological medicine*, 1996, 26, 837–44.
- HAVENAAR, J.M.VAN DER BRINK, W.VAN DEN BOUT, J. KASYANENKO, A.P. POELIJOE, N.W. WOHLFARTH, T. MEIJLER–ILJINA, L.I. "Mental health problems in the Gomel region (Belarus): an analysis of risk factors in an area affected by the Chernobyl disaster", en *Psychological medicine*, 1996, 26, 845–55.
- HOIBERG, A. MCCAUGHEY, B.G. "The traumatic aftereffects of collision at sea". *American journal of psychiatry*, 1984, 141/1, 70–3.
- HOROWITZ, M.J. MARMAR, C. WEIS, D.S. DEWITT, K.N. ROSENBAUM, R. "Brief psychotherapy of bereabement reactions". *Archives of general psychiatry*, 1984, 41; 438–448.
- HYMAN, S.H. *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona, Salvat, 1987.
- LIMA, B.R. PAI, S. SANTACRUZ, H. LOZANO, J. LUNA, J. "Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country: Armero, Colombia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1987; 76:561–7.
- LOPEZ IBOR, J.J. SORIA, J. CAÑAS, F. RODRIGUEZ GAMAZO, M. "Psychopathological aspects of the toxic oil syndrome catastrophe". *British journal of psychiatry*, 1985, 147, 352–65.
- MAJ, M. STARAFE, F. CREPET, P. LOBRACE, S. VELTRO, F. DE MARCO, F. "Prevalence of psychiatric disorders among subjects exposed to a natural disaster". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, 79/6, 544–9.
- MARTINEZ AZUMENDI, O. "Intervención en crisis. Conceptos generales y descripción de dos modelos particulares". *Psiquis*, 1995, 16/2: 73–80.
- MARTINEZ AZUMENDI, P. "Aspectos psicológicos en el abordaje de emergencias y desastres", en Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco, Departamento de Interior. *Jornada de Emergencias en el Municipio de Getxo*. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria–Gasteiz, 1996, pags: 201–230.
- MCFARLANE, A.C. "Posttraumatic morbidity of a disaster. A study of cases presenting for psychiatric treatment", en *The Journal of nervous and mental disease*, 1986, 174/1, 4–14.
- MELLMAN, T.A. DAVID, D. KULICK–BELL, R. HEBDING, J. NOLAN, B. "Sleep disturbance and its relationship to psychiatric morbidity after Hurricane Andrew", en *American journal of Psychiatry*, 1995, 152/11, 1659–63.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. "C.I.E–10. Trastornos mentales y del comportamiento." Ginebra 1993.

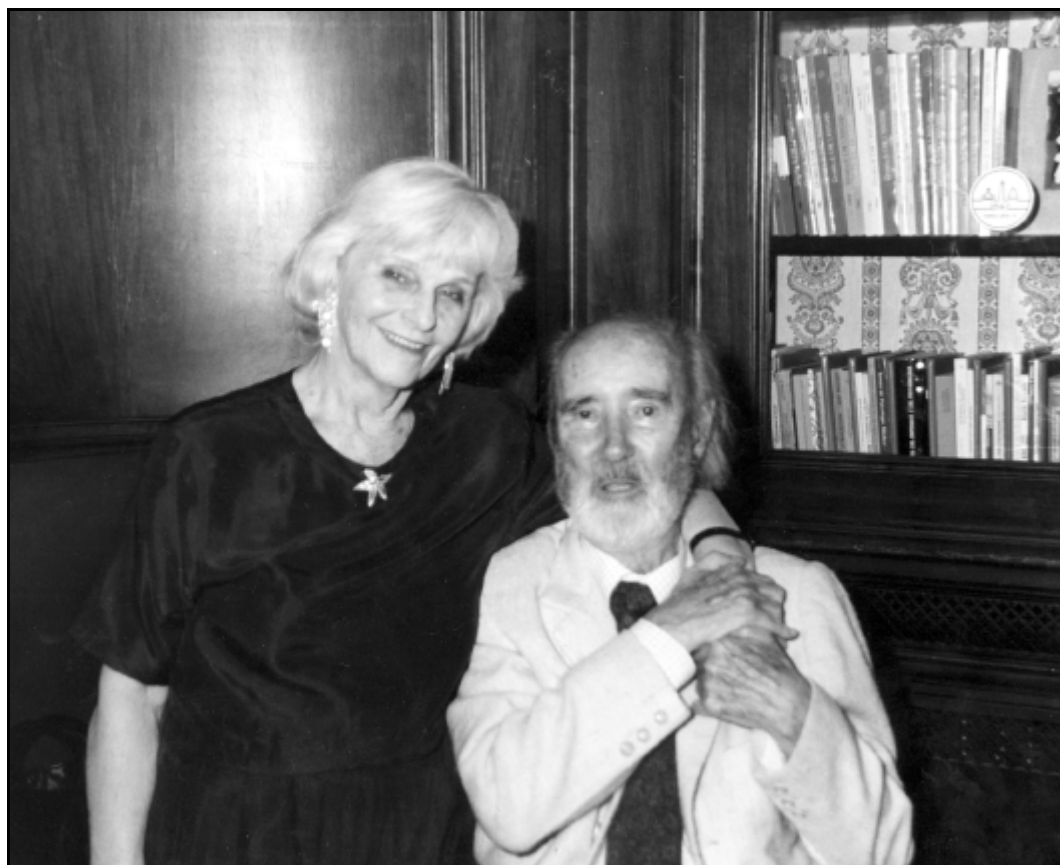


- PATRICK, V. & PATRICK, W.K. “Cyclone '78 in Sri Lanka – The mental health trail”. *British journal of psychiatry*, 1981, 138, 210–6.
- PEÑA ALBARRACIN S. “Trastornos por estrés” en Manual del Residente de Psiquiatría. Tomo I. Comité Editorial Salvador Cercvera y otros. Editado por SmithKline Beechan Madrid 1997. 813–839
- SHARAN, P. CHAUDHARY, G. KAVATHEKAR, S.A. SAXENA, S. “Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake”, en *American journal of psychiatry*, 1996, 153/4, 556–8.
- SHORE, J.H. TATUM, E.L. VOLLMER, W.M. “Psychiatric reactions to disaster: The mount St. Helens experience”, en *American journal of psychiatry*, 1986, 143, 590–5.
- TERR, L.C. “Psychic trauma in children: observations following the Chowchilla school–bus kidnapping”, en *American journal of psychiatry*, 1981; 138/1: 14–9.
- VAN DER KOLK, B.A. “Terapia de grupo en los trastornos de estrés postraumático”, en: Kaplan, H.I. Sadock, B.J. (Ed.). *Terapia de grupo (3ª Edición)*. Madrid: Ed. Médica Panamericana, 1996. Pags. 602–603.
- WEBSTER, R.A. MCDONALD, R. LEWIN, T.J. CARR, V.J. “Effects of a natural disaster on inmigrants and host population”. *The journal of nervous and mental disease*, 1995, 183/6, 390–7.
- WILKINSON, C.B. “Aftermath of a disaster: The collapse of the Hyatt Regency Hotel skywalks”, en *American journal of psychiatry*, 1983, 140/9, 1134–9.

INFANTIL

- TERR LC. Acute responses to external events and posttraumatic stress disorder. En: Lewis M. ed. “Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook. 2ª edición. Williams & Wilkins, Baltimore 1.996. Pag. 753–763.
- PYNOOS RS, GOENJIAN AK, STEINBERG AM. A public Mental Health approach to the postdisaster treatment of children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1.998; 7 (1): 195–210.
- FLYNN BW, NELSON ME. Understanding the needs of children following large–scale disasters and the role of Government. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 1.998; 7 (1): 211–227.

N.R.: El Consejo Editorial de Norte de salud mental expresa su reconocimiento a los autores y agradece a la Dirección de S. Mental y A. Psiquiátrica de Bizkaia (Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud) las facilidades para reproducir este texto.



Eran dos seres muy especiales: **Betty y Ángel Garma.**

Ángel Garma nació en Bilbao el 24 de junio de 1904. Médico psiquiatra, Psicoanalista y terapeuta. Fundador de la Asociación Psicoanalítica de Argentina. Figura de renombre mundial y representativa del movimiento psicoanalítico latinoamericano.