



TÍTULO

**ATENCIÓN PSICOLÓGICA EN GRANDES CATÁSTROFES
COMPARATIVA 11S-11M**

AUTOR

Juan Toral Sánchez

	Esta edición electrónica ha sido realizada en 2014
Tutor	Jesús Miranda Páez
Curso	<i>Curso de Experto Universitario en Atención al Trauma Grave (2012/13)</i>
ISBN	978-84-7993-776-8
©	Juan Toral Sánchez
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	2013



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadore (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
- **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
- **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
- *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
- *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*



Juan Toral
Sánchez



Autor

Proyecto Final

I Curso de Experto
Universitario en
atención al trauma
grave 12/13



Jesús Miranda
Páez

Tutor

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	pág.3
INTRODUCCIÓN	pág.4-5
GRANDES CATÁSTROFES	pág. 6-7
EL APOYO PSICOSOCIAL	pág. 8
REACCIONES INMEDIATAS DE LAS PERSONAS AFECTADAS	pág. 9-10
APOYO PSICOLÓGICO INMEDIATO	pág. 11-13
REACCIONES ANTE UN DESASTRE TRAUMÁTICO	pág 14-16
MANDAMIENTOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS	pág. 17
LAS REGLAS DEL NO	pág. 18
IDEAS PRÁCTICAS	pág.19-20
COMUNICAR MALAS NOTICIAS	pág. 21-22
ATENCIÓN COLECTIVOS VULNERABLES: LOS NIÑOS	pág 23-25
LOS RIESGOS DEL CUIDADOR	pág 26
EL CASO DE MADRID	pág 27-33
EL CASO DE NY	pág 34-43
ACCIDENTE DE SANTIAGO	pág 44-50
ANEXOS	pág 51-60
BIBLIOGRAFÍA	pág 61-62

PRESENTACIÓN

Una de las consecuencias de la globalización a la que nos estamos adaptando, es que están cambiando los biorritmos vitales de las sociedades que conforman este mundo global 2.0.

Vivimos inmersos en el cambio, en la modernización y en el movimiento continuo que nos hace recorrer caminos, sin saber la dirección tomada en algunos de los casos.

El periodismo tradicional y las redes sociales han sido partícipes en la conexión instantánea que nos conecta a los ciudadanos del lugar llamado Tierra. El poder de la información es tremendo, convirtiéndose en el eje de los grandes cambios sociales que hemos sufrido. Parte de estos abruptos cambios vienen precedidos de grandes catástrofes retransmitidas al resto del mundo: un terremoto cuyo elevado Richter desoló parte de civilizaciones, un tsunami que arrastra a su paso sueños rotos por el agua...Pero si hay un punto capital que marca el devenir del mundo moderno actual, éste sería el de los atentados de las Torres Gemelas, donde el mundo se perfiló y las cartas sobre la mesa quedaron descubiertas. Y es que las grandes catástrofes dejan tanto dolor a su paso, como reflexiones y cambios tras su partida.

El rol de la medicina dentro de las grandes catástrofes bien merece este Trabajo Fin de Experto. Un papel controvertido ya que hay opiniones contrapuestas que defienden o atacan el papel inmediato de los abordajes psicológicos dentro de estas grandes catástrofes.

La finalidad de este trabajo es hacer un recorrido de lo general a lo particular: plasmar las diferentes versiones existentes sobre las grandes catástrofes, abordar las teorías existentes en la bibliografía sobre dicho abordaje psicológico en estos trágicos episodios para continuar comparando los atentados del 11 de Septiembre (Torres Gemelas, Nueva York) y el 11 de Marzo (Estación Atocha, Madrid). Y terminar dando unas pinceladas sobre cómo se abordó recientemente el accidente del tren de Santiago, catástrofe que removió fantasmas del pasado y sacó de nuevo a primera plana la importancia de un buen abordaje psicológico en este tipo de situaciones.

INTRODUCCIÓN

Al igual que ocurre con otros problemas, el terrorismo es en la actualidad un fenómeno de naturaleza global. Éste constituye hoy un excelente ejemplo de uno de los nuevos desafíos que el fenómeno de la globalización está planteando en los sistemas de salud.

El terrorismo intenta producir unos efectos psicológicos que van más allá de las víctimas inmediatas e intimidan a una población más amplia como puede ser un grupo étnico o religioso, un partido político o un gobierno, o incluso una población completa. La amenaza contra la integridad física hace a los seres humanos especialmente vulnerables. La inseguridad, la incertidumbre, el terror, la angustia, no nos permiten pensar con claridad, ni concentrarnos ni tomar decisiones.

La violencia y el terrorismo afectan a la salud pública y a los servicios de asistencia sanitaria de diferentes formas. Producen aumentos en la mortalidad, morbilidad y discapacidad; crean miedo, ansiedad y diferentes trastornos psicopatológicos; alteran o destruye las estructuras físicas y sociales de las comunidades; causan importantes daños económicos, sociales y políticos a los individuos y las poblaciones y, alteran gravemente el funcionamiento de los servicios de salud.

Los trastornos mentales postraumáticos son uno de los grupos de enfermedad con más personas afectadas y con mayor impacto en su calidad de vida, después de un suceso de esta magnitud. Luchar contra ese impacto, para eliminarlo o minimizarlo es una tarea en la que todos los profesionales sanitarios debemos implicarnos.

A la hora de prestar atención ante un acto terrorista o gran catástrofe, resulta de vital importancia conocer la geografía de la zona y el mapa sanitario-asistencial, que será de vital importancia a la hora de organizar la atención a las víctimas desde el primer momento.

Antes de nada, tenemos que hacernos la siguiente pregunta: *¿Qué es una crisis?*

Una crisis es un estado de desequilibrio en el estado emocional de la persona, que se ve incapaz de salir de este con los recursos de afrontamiento que habitualmente emplea.

Algunos aspectos importantes que podemos mencionar al contemplar la definición de una crisis serían los siguientes ítems definitorios:

- Hay un suceso precipitante (es decir, un suceso que causa la crisis)
- Es una situación imprevista
- Hay pérdida del equilibrio emocional (de la forma acostumbrada de sentir y de expresar lo que se siente)
- Causa sufrimiento (dolor, tristeza, terror, inseguridad, enojo, rabia, impotencia...)
- Genera cambios: la crisis puede ser un peligro y desencadenar en enfermedad, pero también puede ser una oportunidad para crecer y aprender

- Es temporal: después se recupera nuevamente el equilibrio
- Las formas habituales en que el individuo resuelve sus problemas no funcionan en esta situación

Se distinguen dos tipos de crisis

- Del desarrollo: también llamadas, de maduración. Incluyen experiencias como la pubertad, la adolescencia, el matrimonio, la jubilación, etc.
- Situacionales: están vinculadas a un evento o situación crítica concreta como es la vivencia de un desastre.

En este trabajo haremos hincapié en este último tipo de crisis.

Como se ha indicado en la primera parte del trabajo, los desastres son sucesos con un gran impacto emocional capaces de paralizar los recursos habituales de personas o grupos que en circunstancias normales se comportan de manera eficaz. Generalmente suceden de forma imprevista, causan gran impacto algunas veces de carácter extremo por la sensación de amenaza objetiva o percibida, que se experimenta.

Las características del desastre juegan un papel muy importante en la adaptación psicológica posterior de la persona afectada. No todas las personas reaccionan de igual manera ante situaciones de desastre. Una de las variables que más influye en dichas diferencias son el momento en que acontece a la persona y su estado de vulnerabilidad en dicho momento.

Ley Hansel:

“La efectividad de un servicio de intervención en crisis aumenta de modo directo en función de la proximidad tanto al tiempo como al lugar de incidencia”

GRANDES CATÁSTROFES

a) Definición

Antes de adentrarnos en el problema de magnas dimensiones que nos traemos entre manos con este trabajo, acotaré nuestro campo de estudio. Se pueden definir los desastres de masas como incidentes con múltiples fallecimientos y de tal magnitud que se requieren disposiciones especiales para ser resueltos.

De la misma manera, se definen las grandes catástrofes como aquellas situaciones accidentales en las que el número de víctimas y las circunstancias concurrentes desbordan los sistemas habituales de protección y auxilio. Son circunstancias cuya repercusión social son grandes, llevando consigo la abundancia de destrucción y traumatismos en personas y/o cosas y la intervención de múltiples estamentos sociales.

Hasta hace poco tiempo, las situaciones de grandes catástrofes eran bastante infrecuentes y se limitaban a los desastres naturales de devastadoras proporciones: terremotos, lluvias torrenciales, huracanes, erupción de volcanes,... Pero en las últimas décadas se han producido una serie de cambios significativos en los estilos de vida de las sociedades y actualmente estas grandes catástrofes también han evolucionado, pasado a afectar a personas que viven en grandes áreas urbanas y que usan los medios de transporte cada vez con más asiduidad, existiendo los casos de choques de numerosos vehículos, accidentes aéreos, atentados terroristas, hundimiento de barcos, choque de trenes y un largo etcétera de desgracias que han pasado a formar parte de nuestra vida cotidiana, teniendo todos ellos como denominador común el elevado grado de siniestralidad.

Se produce en estas situaciones además una simbiosis que suele ir de la mano. Al elevado índice de mortalidad hay que añadir la gran destrucción de los cuerpos humanos debido a los mecanismos de alto impacto, a los que suele unirse los efectos de los agentes físicos o químicos que pueden actuar en el momento de producirse la catástrofe, que hacen que la identificación de los mismos sea una tarea complicada

Este elevado número de víctimas junto con otra característica común a estos accidentes que es la gran destrucción que producen en el cuerpo humano, hacen que la identificación en estos casos sea especialmente compleja pues a la violencia del accidente se suelen añadir los efectos de agentes físicos y/o químicos.

b) Tipos de accidentes

A continuación daré unas pinceladas sobre los tipos de accidentes que pueden explicar estas catástrofes y sus puntos clave que definen cada mecanismo.

- Accidentes terrestres: en estos accidentes los traumatismos no son tan enérgicos como ocurre en otros medios. Esto hace que las víctimas en la mayoría de los casos puedan ser fácilmente identificables ya sea por medios directos o por dactiloscopia. Normalmente suelen ser víctimas de la misma

nacionalidad que están documentados. Como desventaja, citar que no hay lista de pasajeros como tal, por lo que puede dificultar la tarea.

- Inundaciones: estas víctimas no suelen presentar grandes traumatismos que dificulten su identificación, por lo tanto, y en los momentos inmediatos que siguen al accidente, son fácilmente reconocibles por familiares y conocidos. En estos casos no suelen llevar documentación encima a lo que hay que añadir que en ocasiones pueden ser transportados a grandes distancias o tras mucho tiempo, lo que dificulta la identificación y hay que recurrir a estudios genéticos.
- Siniestros marítimos: en estas situaciones, las víctimas normalmente presentan grandes mutilaciones. Además suele darse una pérdida de documentos y objetos personales y sus cuerpos suelen presentar importante destrucción por efectos químicos causados por el propio agua, mecánicos (por rocas) y biológicos (por peces), por lo que para su identificación hay que recurrir a métodos odontológicos o genéticos.
- Incendios: el mecanismo que causa la muerte puede explicarse por asfixia o quemaduras. Cuando se produce un incendio el fallecimiento puede producirse por asfixia en cuyo caso no existe gran alteración del cuerpo para su identificación; o por quemaduras que en la mayoría de los casos da lugar a una destrucción intensa de los cuerpos, haciendo imposible la toma de huellas dactilares.
- Accidentes aéreos: suelen ser traumatismos extraordinariamente graves, con gran destrucción humana y de objetos. En los integrantes de los medios aéreos suelen ir personas de diversas nacionalidades. En estos casos hay una ventaja, ya que existe una minuciosa lista de pasajeros, lo que puede suponer una ayuda para la identificación de las víctimas.

EL APOYO PSICOSOCIAL

Cuando se produce un desastre la respuesta inmediata no se hace esperar y ante la emergencia, se ponen en marcha los recursos sanitarios, de seguridad y de salvamento para hacer frente a la situación. Paralelamente, se activan planes de atención social, como sería el caso de los campamentos de realojamiento.

Hay una premisa para trabajar en Salud Mental en las situaciones de los desastres: **estamos ante personas normales, absolutamente normales, que reaccionan psicológicamente ante una situación anormal.**

La pérdida de bienestar de la persona, ante un evento catastrófico, se hace notable a diferentes niveles y con diferente grado de repercusión cualitativa y cuantitativa. En este sentido, cobra importancia la necesidad de una atención a los diferentes niveles en que esta se puede prestar (Prevención Primaria, Secundaria o Terciaria).

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES	
PREVENCIÓN PRIMARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Educación a la población. • Prevención de riesgos. • Formación de Intervinientes.
PREVENCIÓN SECUNDARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Organización de la respuesta. • Intervención Inmediata (Primeros Auxilios Psicológicos, Intervención en Crisis).
PREVENCIÓN TERCIARIA	<ul style="list-style-type: none"> • Atención psicoterapéutica y rehabilitación psicosocial y comunitaria

Por ello, es importante el establecimiento de un dispositivo de apoyo psicológico en torno al desastre para dar respuesta a las necesidades de atención primaria, secundaria y terciaria que se generan en torno al evento catastrófico.

REACCIONES INMEDIATAS DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR DESASTRES

Numerosas personas afectadas por una situación de desastre van a encontrarse en los momentos inmediatamente posteriores, en un estado de estrés agudo en el que pueden emitir respuestas imprevisibles.

Es importante no olvidar que todas estas reacciones han de ser consideradas como manifestaciones lógicas (aunque algunas de ellas son vividas como aversivas por quién las sufre), emitidas por personas normales (mientras no se demuestre que son fruto de un trastorno previo) ante una situación anormal (como es el acontecimiento del evento de desastre)

Aparecerán en estos individuos también directamente afectados, respuestas adaptativas no sólo psicológica sino también sociales. Respuestas de altruismo, de ayuda, de planificación de actuaciones de supervivencia y aumento de la seguridad,... Tan normales son unas como otras. Los factores de resistencia aparecen en cada persona con un ritmo y una intensidad diferentes.

Afortunadamente, la mayoría de estas personas solo experimentan reacciones temporales y se recuperan en unas pocas semanas o inician procesos de afrontamiento de pérdidas (duelos) normales. Otras tienen una curva de recuperación más lenta y unas pocas, pueden entrar en una dinámica personal y situacional que les haga incapaces de funcionar como lo hacían antes del evento. Este último y afortunadamente reducido grupo de personas, estará afectado por un cuadro que va más allá de la respuesta normal a una situación crítica.

Entre estos cuadros, cabe destacar aquellos que tienen que ver con alteraciones del estado de ánimo (trastornos depresivos) y los trastornos de ansiedad. Dentro de estos últimos, uno de los más característicos, asociados a situaciones críticas y de desastre es el Trastorno de Estrés Postraumático.

Añadida a la afectación de la salud mental de la persona, pueden tambalearse seriamente otros pilares básicos de su bienestar, como por ejemplo, las disrupciones en la dinámica familiar o laboral como consecuencia de patrones de afrontamiento disfuncionales.

Una vez que ya nos hemos situado en el contexto de qué son las crisis, los desastres, así como quién se ve afectado y sus comportamientos.... Vamos a centrarnos en el trabajo concreto del apoyo psicológico, desarrollando estas situaciones lógicas que se producen.

Nada en la vida puede hacer que estamos preparados para recibir el abrupto horror del terrorismo que nos priva de nuestro sentido de seguridad y, en algunos casos, de un ser amado. Nadie espera que ocurra algo parecido. El crimen violento ya es de por sí un evento anormal, pero el caso del terrorismo es aún más raro y doloroso.

Las reacciones normales a este tipo de desastre traumático incluyen una amplia

gama de sentimientos poderosos que podrían parecer patológicos en las personas que los tienen o extraños a quienes no han pasado por un desastre semejante, pero tenemos que ser conscientes de que este abanico de sentimientos enfrentados son un patrón de normalidad en estos casos que hay que conocer para afrontar.

La recuperación de un evento traumático llevará un largo tiempo y no será fácil. Todos respondemos de manera diferente al trauma o la pérdida. No existen equivocaciones en el afrontamiento de estas pérdidas, simplemente las personas pueden actuar de manera diferente.

APOYO PSICOLÓGICO INMEDIATO

❖ Principios y Objetivos:

Cuando ponemos en marcha un plan de intervención en crisis, hay que procurar que este sea:

- **Inmediato:** hay que facilitar la oferta de apoyo psicosocial cuanto antes.
- **Próximo:** tiene que producirse un acercamiento a la persona/situación crítica y no al revés
- **Constructivo y esperanzador:** hay que colocarse frente a las personas afectadas con una actitud proactiva y optimista respecto a la capacidad de no empeorar respecto a cómo se encuentra y esperar una evolución funcional y adaptativa a su situación.

❖ ¿Quién puede hacer el apoyo psicológico? Niveles de apoyo

El apoyo psicológico en el entorno de la emergencia y/o desastres, implica acciones de diferente grado de complejidad, para afrontar numerosas y diversas situaciones que tienen como denominador común la afectación de las personas implicadas.

Todos podemos hacer algo para aliviar el sufrimiento de una persona afectada por un desastre. Lo que ya no todos somos capaces de hacer, es afrontar determinadas situaciones específicas que pueden surgir en medio de la tragedia. Para estas situaciones resulta necesario contar con profesionales especializados, pues el nivel de atención es más avanzado.

En numerosas ocasiones, tras situaciones de desastres y/o atentados, la población no afectada se pregunta "*¿Cómo se puede ayudar a las personas afectadas? ¿Qué hacen los equipos de apoyo psicosocial inmediato?*"

Según Benyakar, los profesionales de la salud mental que vayan a atender a estas personas, deben siempre ponerse bajo las órdenes de dos tipos de liderazgo: el 'liderazgo estructural' mediante el cual el grupo es conducido por aquel que tenga mayor rango jerárquico, tanto sea porque la profesión es considerada de mayor prestigio jerárquico, o por el puesto administrativo que la persona posee; y el 'liderazgo funcional', que se despliega en base a la capacidad del profesional de sostener un grupo de trabajo en forma integrada, coherente, eficiente y creativa.

❖ Esquema personal básico de apoyo psicológico

El esquema básico alrededor del cual va a girar nuestra intervención de apoyo psicológico va a ser aquel que nos permita maximizar la:

1. Identificación clara de tu condición de personal de ayuda.

2. Manifestación de seguridad y calma a través de las acciones (no precipitarse, ni transmitir urgencia) y de la comunicación verbal y no verbal.
3. Reducción de la estimulación estresante. Apartar a la persona de la visión, ruidos, olores, etc. relacionados con el incidente.
4. Aceptación de la crisis. Escuchar las necesidades y molestias de la persona afectada. Hay que facilitar que la persona hable del incidente, de cómo lo ha vivido y las sensaciones que sobre él pueda estar teniendo. Enfatizar su comportamiento como reacciones normales ante un hecho anormal.
5. Afrontamiento de su reacción y las necesidades inmediatas. Facilitar e incitar a la persona al afrontamiento del estrés que pueda estar sufriendo, así como a la cobertura y abordaje de situaciones más básicas e inmediatas.
6. Restauración de capacidades básicas. Si el agente de ayuda percibe que el descontrol de la persona es tal, que no se puede desenvolver por sí misma, debe asegurarse de establecer un enlace entre la persona y algún medio (familia, amigos, centro sanitario o social, policía,...) que se ocupe de ella.

❖ Actitudes para prestar primeros auxilios psicológicos

▪ COMUNICACIÓN VERBAL

Debemos ser cuidadosos con varios elementos a este nivel:

- **Qué decir:** hay que cuidar qué palabras o frases vamos a utilizar para transmitir el mensaje. Debemos procurar hablar con claridad y concreción, intentando utilizar el mismo código lingüístico, de manera que las palabras que utilizamos signifiquen lo mismo para quien las escucha, por lo que tendremos que adaptar nuestro nivel al de la persona que atendamos
- **A quién:** en relación con lo anterior, es posible que no utilicemos las mismas palabras para decir lo mismo, en función de quién tengamos en frente.
- **Para qué:** implica el atender al objetivo que pretendo alcanzar al decir algo a la otra persona.

▪ COMUNICACIÓN NO VERBAL Y PARALINGÜÍSTICA

Nadie duda de la importancia del mensaje hablado, pero sin duda, tan importante o más serían toda la serie de componentes no verbales que resaltan el significado que queremos dar a la comunicación, que incluso pueden decantar la interpretación hacia este componente, cuando lo hablado y lo expresado son disonantes entre sí:

- El contacto ocular
- La expresión facial
- Los gestos corporales

- La postura
- La proximidad espacial

Respecto a los componentes paralingüísticos, hay que cuidar y modular aspectos como:

- El tono
- El volumen
- La velocidad del habla

Todo esto puede afectar el significado de lo que se dice y al igual que con la comunicación no verbal, tener más peso que el propio mensaje verbal emitido.

Hay dos propiedades que todo asistente emocional tiene que cuidar. Por un lado, la conocida empatía, que debe de ser una habilidad pero también una actitud, y por otro, la escucha activa

La empatía es la capacidad para ponerse en el lugar del otro y saber lo que siente o incluso lo que puede estar pensando. Las personas con una mayor capacidad de empatía son las que mejor saben "leer" a los demás. Son capaces de captar una gran cantidad de información sobre la otra persona a partir de su lenguaje no verbal, sus palabras, el tono de su voz, su postura o su expresión facial entre otros aspectos y en base a esa información, pueden saber lo que está pasando dentro de ellas, lo que están sintiendo. Además, dado que los sentimientos y emociones son a menudo un reflejo del pensamiento, son capaces de deducir también lo que esa persona puede estar pensando. La empatía requiere, por tanto, prestar atención a la otra persona, aunque es un proceso que se realiza en su mayor parte de manera inconsciente. Requiere también ser consciente de que los demás pueden sentir y pensar de modos similares a los nuestros, pero también diferentes.

Respecto a la escucha activa, hay un dicho británico que recoge la esencia a este nivel:

*“Tenemos dos oídos y una boca.
Deberíamos entonces, poder escuchar el doble de lo que hablamos”.*

Escuchar activamente consiste en prestar atención a lo que una persona nos cuenta y además, hacérselo ver a nivel verbal y no verbal.

A nivel no verbal. Hay una serie de elementos que usados congruentemente, indican que estamos escuchando:

- El contacto ocular. Mirar a la persona, asentir con las pestañas, “sonreír” con los ojos, etc.
- Gestos faciales. Acordes con el mensaje que recibimos.
- Postura. Denostadora de interés.

A nivel paralingüístico, podemos emplear sonidos y murmuraciones del tipo “mm,mm”, “ahá”, sonidos exclamatorios, contenciones de aliento, resoplidos, etc.

A nivel verbal. Hablando, también podemos demostrar que escuchamos.

REACCIONES ANTE UN DESASTRE TRAUMÁTICO

Tras producirse un fenómeno de descomunales dimensiones e inesperado, es normal que se produzca una secuencia en cadena sobre los sentimientos y reacciones que sufren las víctimas del mismo.

Impacto y aturdimiento

Al principio es normal que se esté bajo los efectos de un tremendo impacto y sentirse aturdido y confuso. Es normal que en esta fase la persona se sienta distante, como si estuviera viendo una película o teniendo una pesadilla interminable ajena a ella. Este aturdimiento quizás sea un mecanismo de defensa inconsciente para protegernos de sentir de golpe el efecto pleno de todo lo que ha ocurrido.

Emoción intensa

También es normal sentirse abrumado por el dolor y la pena. A medida que comienza a disiparse la impresión, es normal sentir una pena profunda y llorar incontrolablemente. Aunque algunas partes de nuestra sociedad no ven bien el comportamiento emocional, para la mayoría de la gente esta expresión emocional es una parte importante del proceso de duelo. Es insalubre contenerse o tratar de ocultar el dolor y en realidad ello puede prolongar el sufrimiento.

Temor

Es común sentir un temor intenso y sobresaltarse con facilidad, al igual que sentirse extremadamente ansioso cuando sale de su casa o se encuentran solos, llegando a experimentar oleadas de pánico. No ha pasado tiempo para superar y asimilar lo sucedido y persiste el gran temor de que los terroristas vuelvan a actuar y arrebatarnos nuestra vida o la de algún ser querido.

Este tipo de crímenes destruyen los sentimientos normales de seguridad y de confianza y la sensación de ser capaz de controlar los acontecimientos, por lo que tras sufrir un acto de terrorismo es normal sentirnos desprotegidos, con miedo y sospechar de todo el mundo. Estos sentimientos desaparecerán o se irán reduciendo con el paso del tiempo.

Culpa

Las víctimas que resultan heridas en el desastre traumático desean comprender por qué ha ocurrido el crimen, y las familias se preguntan por qué han perdido a un ser querido. Se ha demostrado que es más fácil vencer el sentimiento de una pérdida culpándonos a nosotros mismos, para de esta manera tener la sensación de control de nuestras vidas.

Las víctimas con frecuencia se sienten culpables y lamentan cosas que dijeron o no dijeron, o que hicieron o dejaron de hacer; es frecuente que se reprochen no haber protegido mejor a un ser querido o no haber hecho algo que impidiera su muerte. Los sobrevivientes pasan mucho tiempo pensando "*Si yo sólo hubiera*"

Esta sensación de culpa no tiene sentido porque por lo general no se pueden controlar las circunstancias que conducen al acto terrorista y son difíciles de predecir, pero es algo inherente y difícil de evitar. Hay que buscar la manera de perdonarnos. Los sentimientos de culpa pueden ser empeorados por personas que dicen que ellas hubieran actuado de manera diferente en la misma situación. La gente que dice esas cosas por lo general están tratando de convencerse a sí mismos de que nunca le podría ocurrir una tragedia semejante.

Ira y resentimiento

Es normal sentirse enojado e indignado por la tragedia, con la persona o personas que causaron la tragedia, o con alguien de quien creemos que podría haber impedido el crimen. Es normal sentirse irascible con el mundo en general.

Estos sentimientos de culpa y enjuiciamiento pueden ser muy intensos y podrían fluctuar en el tiempo. En ocasiones estas personas también pueden presentar fantasías acerca de venganza, lo cual es normal y puede ayudar a aliviar la ira y la frustración.

Los sentimientos de ira son una parte natural del proceso de recuperación. Es importante reconocer la ira como algo real pero no usarla como una excusa para causar daño a otras personas o abusar de ellas. Hay maneras seguras y saludables de expresar la ira y canalizar todo esto puede resultar terapéutico, como podría ser el ejercicio de escribir sobre los sentimientos, hacer ejercicios, realizar tareas físicas, golpear una almohada o llorar o gritar en privado.

No debemos pasar por alto los sentimientos de ira ya que una forma camuflada podría desembocar en problemas físicos como dolores de cabeza, trastornos estomacales o hipertensión difícilmente controlables si no abordamos el origen.

Depresión y soledad

La depresión y la soledad constituyen con frecuencia grandes “compañeras” del trauma de las víctimas, que amenazan con eternizarse durante el resto de la vida de este tipo de víctimas, eternizado aún más por la demora de las contiendas judiciales que pueden llegar a demorarse meses e incluso año, lo que hace que cuando llegue el día del juicio, haya de nuevo que enfrentarse a las duras vivencias y a la cobertura mediática que siguen el desastre traumático.

Los sentimientos de depresión y de soledad se hacen más fuertes cuando la víctima siente que nadie la entiende. Por este motivo se considera importante que este tipo de personas acudan a grupos de apoyo para las víctimas; los miembros del grupo de apoyo verdaderamente comprenderán esos sentimientos y supondrán un refuerzo positivo para vencer estos sentimientos.

Las víctimas del desastre traumático sienten que es demasiado doloroso seguir viviendo y se puede llegar incluso a pensar en el suicidio.

Aislamiento

En estas víctimas suele producirse un sentimiento de que son diferentes de todos

los demás y tener la sensación de haber sido abandonadas. Ser herido por el terrorismo conlleva un estigma para la víctima que puede hacerla sentir que ha quedado abandonada y avergonzada. Otras personas podrían preocuparse, pero todavía les resulta difícil o incómodo estar cerca de ciertas personas. No es fácil empatizar en estas situaciones: la víctima recuerda continuamente que el terrorismo puede afectar a cualquiera y las personas de su alrededor no son capaces de entender los sentimientos ya que no han pasado por este trance lo que hace que el aislamiento se retroalimente.

Síntomas físicos de la angustia

Es común somatizar y que exista repercusión orgánica. Estos síntomas son variados y van desde dolores de cabeza, fatiga, náusea, insomnio, declinación de impulsos sexuales y pérdida o aumento de peso tras un evento traumático.

Incapacidad de reanudar la actividad normal

Suele ser difícil actuar de la manera en que lo hacía antes del acto de terrorismo y volver a realizar aún las actividades más simples. Podría ser difícil pensar y planificar, la vida suele estancarse en la monotonía y ser vacía, y las cosas que solían ser agradables adquieren carencia de sentido. Las ganas de reír suelen desaparecer, y de aparecer, incluso pueden llenar a la víctima de un sentimiento de culpabilidad. Son comunes los cambios bruscos de humor, irritabilidad, sueños y visiones recurrentes relacionadas con el crimen.

Las víctimas de estos crímenes deben encontrar su propio ritmo para ir quemando entradas ya que la gente ajena puede no entender dicho estancamiento.

Reacción diferida

Algunas de estas personas no experimentan una reacción inmediata; esta podría diferirse semanas o meses después. Este tipo de reacción diferida no es inusual.

LOS CUATRO MANDAMIENTOS DE LOS PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS:

1) Aceptar el derecho de toda persona de tener sus propios sentimientos:

No tenemos que culpabilizar ni ridiculizar a una persona por sentirse como lo hace; nuestra tarea será la de ser ayuda para superar ese sentimiento, sin poner en juicio los sentimientos. Cada persona responde de una manera diferente ante una tragedia; nosotros como apoyo psicológico no podemos saber la respuesta que tendrá la persona, pero tenemos que ser capaces de transmitir que queremos entender cómo se siente, lo que será el primer paso para conseguir la empatía necesaria. No tenemos que sobrecargar el acto con compasión, ya que aumentaríamos el sentimiento de incomodidad.

2) Aceptar las limitaciones del accidentado:

Hay que ayudar a redescubrir los recursos que se pueden utilizar. En los primeros auxilios psicológicos hay que evitar tópicos como “deshágase de ello”, “recupérese”...

3) Medir las posibilidades del accidentado en forma tan exacta y rápida como sea posible:

En una situación de catástrofe, la persona perturbada pierde parte de sus mecanismos y raciocinio personales. Nuestra misión como apoyo será estar atentos de las habilidades y recursos sobre la que apoyarnos para que el paciente nos vea realmente como pieza clave para comenzar a reorganizar su rutina. Tenemos que averiguar, pero tenemos que hacerlo lentamente, con lento, dejando que el paciente se exprese a su modo, dejando un espacio temporal para que el paciente pueda expresarse y hablar de sus sentimientos, impotencia y desesperanza. Tenemos que ser francos en la información que facilitamos. Intentar abordar mediante preguntas breves el día a día habitual de la persona nos puede aportar información relevante para la hora de tratarlo

4) Aceptar nuestras limitaciones a la hora de ayudar a otras personas:

Tenemos que ser conscientes de que no podemos ser todo para el auxiliado. En las situaciones catastróficas siempre queremos hacer más de lo que realmente podemos llevar a cabo. Hay que crear un orden de prioridades. Realizar una sincera apreciación sobre nuestra capacidad, es vital para la preparación necesaria para prestar primeros auxilios psicológicos.

LAS REGLAS DEL NO

A la hora de nuestra asistencia, existe una serie de recomendaciones que hay que tener en cuenta a la hora de prestar ayuda, que se establece como la regla del no, en las que nosotros, como apoyo psicológico tenemos que tener en cuenta los siguientes consejos:

- No ofrecer algo que no pueda cumplir
- No tener miedo al silencio. Hay que ofrecer tiempo para pensar y sentir
- No podemos sentirnos inútiles o frustrados. Somos importantes y lo que estamos haciendo vale la pena
- No podemos transmitir ansiedad ya que ésta puede ser fácilmente transmitida a los afectados
- No caigamos en el error de dar respuesta, más bien hay que facilitar la reflexión
- No permitir que el enojo o la hostilidad de la persona nos afecte
- Tenemos que ser comprensivos con las creencias religiosas
- No tenemos que tener miedo de admitir que el afectado necesita más ayuda de la que podemos brindarle
- No podemos permitir que las personas se concentren únicamente en los aspectos negativos de la situación. Hay que evitar el negativismo
- No muestre demasiada lástima o paternalismo. Tampoco se exprese de manera autoritaria o impositiva. Busque un punto intermedio entre estas dos posiciones.

- No tenemos que perder la calma. Es imposible que la víctima funcione normalmente de inmediato
- No debemos confrontar con una persona en crisis si este se va a sentir amenazado
- No tenemos que insistir con preguntas más allá del punto en que la persona no desea hablar. Tenemos que respetar sus ganas
- No hay que tratar de interpretar las motivaciones ocultas de un comportamiento
- No tenemos que sermonear ni pecar de moralismo
- No hay que meter prisa para quemar etapas
- No infravalorar las amenazas de suicidio u homicidio
- No debemos alentar a alguien a hacer algo que en realidad no quiere

IDEAS PRÁCTICAS PARA ENFRENTAR LA SITUACIÓN

A continuación expongo un rápido tutorial sobre sugerencias prácticas de cosas que se puede hacer para enfrentar la situación y comenzar a recuperarse que se le podría entregar a las víctimas de estos accidentes:

- Recuerde respirar: algunas veces cuando la gente tiene miedo o está muy contrariada deja de respirar. Cuando se esté asustado o molesto, hay que cerrar los ojos y respirar hondo y despacio varias veces hasta que se consiga tranquilizar. También pueden ayudar una caminata o hablar con un amigo íntimo.
- Siempre que sea posible, esperar antes de tomar decisiones importantes: en estas situaciones se tiende a pensar que un gran cambio te hará sentir mejor, pero esto no tiene porque aliviar necesariamente el dolor. Es necesario darse tiempo para atravesar los momentos más agitados y hacer reajustes antes de tomar decisiones que afectarán el resto de la vida.
- Puede resultar útil simplificar la vida por algún tiempo. Sería bueno hacer una lista de tareas: ocuparse de los niños, hacer las compras, enseñar en la escuela, ir a trabajar... Mirar la lista y priorizar es útil. ¿Hay algo que puede dejar de lado por un tiempo? ¿Hay algunas actividades de las cuales se puede prescindir completamente?
- Hay que cuidar mente y cuerpo: comer bien, hacer ejercicio con regularidad... El ejercicio ayuda a combatir la depresión y también ayuda a dormir mejor y descansar.
- Hay que evitar el uso de alcohol y otras drogas. Estas sustancias podrían bloquear el dolor temporalmente, pero impedirán la curación. Afrontar el dolor es el primer paso para vencerlo.

- Siempre es aconsejable tener a mano el número de teléfono de un buen amigo o amiga a quien llamar cuando uno se sienta abrumado o tenga un ataque de pánico.
- Se ha demostrado que es bueno hablar con un consejero, amigo, miembro de la familia u otros sobrevivientes acerca de lo que ha ocurrido. Es común querer hablar de su experiencia una y otra vez, y hacerlo puede ayudar.
- Se recomienda restaurar el orden en su mundo mediante el restablecimiento de las antiguas rutinas en el trabajo, el hogar o la escuela tanto como sea posible. Mantenerse ocupado con labores que ocupen la mente, pero no hay que precipitarse y comenzar con una actividad frenética.
- Tras un accidente de esta índole hay que hacer preguntas. Las víctimas tienen derecho a preocuparse y realizar cuestiones sobre la clase de asistencia que hay disponible, quien pagará los gastos y otras cuestiones relacionadas con compensación y seguros.
- No hay que descuidar a la familia, sobre todo a los hijos, que suelen ser con frecuencia víctimas invisibles. Ellos tienen que sentirse arrojados e importantes dentro del nuevo rol que les toca desarrollar.
- En el caso de hablar con la prensa, uno tiene que ser dueño y señor de con quién habla, cómo habla y dónde lo hace.
- En caso de que se crea conveniente, hay que solicitar la ayuda de un abogado de buena reputación y tomarse el tiempo oportuno para adoptar decisiones sobre arreglos con compañías de seguros, acciones legales y otros asuntos que tengan consecuencias a largo plazo.
- Es bueno depender en parte de la gente en la que se confíe. Es aconsejable recibir información, consejo y ayuda de estos.
- Si se tiene problemas para dormir, hay que evitar hacer cosas que le contraríen antes de ir a acostarse. No se aconseja acostarse si no se está cansado. Poner música tranquila o grabaciones de relajación puede ayudar. Si todavía no puede dormir, no se enoje con usted mismo ni se preocupe porque no puede dormir.
- Buscar maneras de ayudar a otros, con cosas pequeñas, puede aliviar el propio sufrimiento.
- Pensar en cosas que infunden esperanza es útil, al igual que hacer una lista y recurrir a ellas en los días malos. ☑Es importante recordar que el dolor emocional no es interminable, que tiene límites. El dolor eventualmente se aliviará y regresará la alegría de vivir. Habrá un flujo y reflujo en el dolor. Cuando éste se presente, uno está en su derecho de permitir sentirlo. Cuando se vaya, también en dejarlo marchar. Con el tiempo volverán las sonrisas, la risa y la capacidad de sentir alegría por las cosas buenas de la vida. ☑La experiencia del terrorismo cambia para siempre a las víctimas. Se dan cuenta de que aunque las cosas nunca serán iguales, pueden enfrentar la vida con una nueva comprensión y un nuevo significado. Se han perdido

muchas cosas, pero quedan muchas otras. Es posible superar incluso las más grandes tragedias y ello puede ayudar a llevar el cambio y esperanzas a otros.

LA COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Es inevitable el binomio desastre-malas noticias. Como profesionales sanitarios tenemos que estar preparados o al menos conocer herramientas para poder solventar el trance de comunicar este tipo de noticias de la manera más correcta posible, ya que es probable que a lo largo de nuestra carrera profesional nos tengamos que enfrentar al duro trance de tener que comunicarlas.

Una mala noticia es siempre una mala noticia, pero la comunicación establecida con las víctimas y/o familiares es una importante variable para disminuir el impacto psicológico al recibir la información. Es, por ello, importante que las personas que lleven a cabo la tarea de comunicar una mala noticia, conozcan y dominen una serie de estrategias y habilidades que posibiliten un proceso de adaptación, a la nueva situación, lo más normalizado posible.

Algunos de los factores que nos pueden ayudar a pronosticar el impacto emocional de una noticia, pueden ser:

Previsible vs. Inesperado.	Una noticia inesperada (por ejemplo el fallecimiento de un familiar de manera sorpresiva e inesperada) suele tener un impacto psicológico muy traumático. En cambio, el fallecimiento de un paciente que ha sufrido una larga agonía suele ser acogido con mayor serenidad, aunque la serenidad no suponga ausencia de sufrimiento.
Relación emocional con el fallecido/lesionado.	Generalmente, son los familiares más cercanos a los que en mayor medida les puede impactar la noticia, sin embargo, el factor determinante es la implicación emocional que existiese con la víctima coincidiendo habitualmente esta con el grado de parentesco.
Personalidad de la	Las personas "frágiles", aquellas con unas características

persona.	de personalidad especialmente proclives a un ajuste deficiente ante malas noticias, son hacia las que deberíamos dirigir nuestra mayor atención a la hora de comunicar la información. Esto obviamente, es en numerosas ocasiones muy difícil de conocer.
Tipo de muerte	Siendo de especial interés el grado de violencia y/o sufrimiento que la víctima haya tenido que soportar. Así por ejemplo, un asesinato con violación es mucho más impactante que una muerte por una parada cardio-respiratoria.
Contexto en que ocurra	No es lo mismo una muerte en un periodo de guerra que en un periodo de paz. Las personas que viven en países que se encuentran inmersos en un conflicto bélico, ven constantemente a su alrededor la muerte, sintiendo que está cercana a ellos y a sus familiares y que en cualquier momento pueden ser ellos los afectados. Esta situación, en la que se ven inmersos, disminuye la imprevisibilidad y sorpresa ante una mala noticia (aunque no el sufrimiento posterior).
Edad del fallecido	Se supone un mayor impacto cuanto más joven sea la persona. Un proceso normal de evolución implica la muerte de los padres, antes que de los hijos, pero cuando por alguna circunstancia este proceso se altera es difícilmente aceptable, ya que todas las expectativas y esperanzas depositadas en los más jóvenes desaparecen.
El nivel cultural	Condiciona en menor medida las reacciones emocionales. La emocionalidad del individuo, su entereza o su debilidad, dependen de factores aprendidos, personalidad y creencias.

El sentimiento más común que se desencadena tras una mala noticia es la pena.

REACCIONES TRAS UNA MALA NOTICIA NO ESPERABLE

Las reacciones pueden ser muy diversas, y estas mismas variarán en cada caso concreto, pero si la noticia no era esperable, pueden darse las siguientes reacciones:

- **Negación mediante preguntas o comentarios tales como:** “no es posible. Usted se debe estar confundiendo, mi hijo me ha llamado hace unas horas y me ha dicho que le tenga la cena preparada”.
- **Sorpresa, estupor, aturdimiento, bloqueo, pánico, shock emocional,** pudiendo entrar en una crisis de ansiedad o quedar sumido en silencio y aturdimiento “¿Por qué Dios ha permitido esto? ¿Por qué me ocurre a mí esto? ¿Por qué ahora que éramos tan felices?”

- **Incredulidad, sentimientos de irrealidad** como si formara parte de un sueño, como si se viera desde fuera, como si fuera una nebulosa “ No me lo puedo creer, no me entra en la cabeza, está tan lleno de energía y vitalidad, pero si se iba a casar el mes que viene, tiene ya todo preparado”. “¿Está usted seguro? ¿No se habrá confundido?”, “pero si es un chico muy prudente, no bebe, no se mete con nadie”.
- **Sentimientos de honda soledad, impotencia, dolor y abandono** “ ¡Qué desgracia!, no me lo puedo creer ¿ qué voy a hacer ahora?”.
- **Sentimientos de culpa** “ si no le hubiera permitido ir, si no le hubiera comprado el coche, si no...”. “ Si le hubiera sujetado más fuerte, el agua no le habría arrastrado”.

Todos estos sentimientos y emociones pueden manifestarse inmediatamente o con demora, en la intimidad.

CONSIDERACIONES PARA LA ATENCIÓN A COLECTIVOS VULNERABLES EN SITUACIONES CRÍTICAS

NIÑOS/AS

Los niños, como el resto de personas, están expuestos a situaciones críticas y a reaccionar ante ellas con un estado de crisis. Dicho estado se manifiesta a través de diversas reacciones similares a las de los adultos, pero también cuenta con características específicas. Estas y el estadio de desarrollo evolutivo del niño, condiciona el manejo de la crisis y hace que "manejarse" con niños en tareas de apoyo, requiera de la aplicación de unas actitudes, conocimientos y habilidades concretas.

Algunas habilidades a considerar en general son:

- Regular las conversaciones y el tono delante del niño. Este es más sensible de lo que a veces creemos a lo que ocurre a su alrededor, a lo que se dice y a cómo se dicen las cosas.
- Impedir en la medida de lo posible que se enfrente a la visión de estímulos impactantes, por ejemplo, a seres queridos ensangrentados, descontrolados, etc.
- Informarles en su justa medida de lo que está ocurriendo, evitando que pueda fantasear y generar imágenes que puedan ser más contraproducentes aún que las reales.
- No mentirles.
- Si hay que someter al niño a algo doloroso, físico, por ejemplo una inyección o psicológico como sería separarle de sus padres, habría que validar su dolor y reconocerlo. Si es posible, orientarle sobre cuando pasará. No

- minimizar o quitar importancia a lo que siente (y tampoco sobredramatizar).
- Si podemos, hay que hacer sentir útil al niño, como sería con la adjudicación de tareas sencillas como sujetar una venda. Esto resulta positivo en el establecimiento de una relación positiva.
 - Se aconseja abrazar y tocarlos frecuentemente para formar de esa manera un escudo de amor alrededor de ellos.
 - Tenemos que recordarles frecuentemente que están a salvo y no están solos.
 - Está demostrado que es útil preguntarles directamente acerca de sus sentimientos sobre el desastre. Tenemos que animarles a que expresen como se sienten, sus miedos y preocupaciones, su manera de pensar. Si ellos no quieren hablar, una opción que pudiera ser útil sería la de preguntarles cómo se creen que se sienten otros niños.
 - Explicarle a los niños como nos sentimos durante el desastre puede ser útil ya que ellos aprecian que compartimos nuestros problemas, los que les hará sentirse integrados y valorados.
 - No conviene de les hagamos llegar nuestros miedos. Es importante para ellos que los adultos nos mostremos seguros o esperanzados de poder salir adelante.
 - Tenemos que respetar los sentimientos de los niños. Si tienen ganas de llorar tenemos incluso que animarlo. No conviene intentar cambiar los sentimientos de los menores.
 - Si se hacen juegos referentes al desastre, tenemos que animarlos a que le den al juego un final feliz, pues ellos están a salvo.
 - En la medida que sea posible, las familias deben intentar mantener sus rutinas, ya que de esa manera recuperarán un sentido de seguridad.
 - Con estas edades tenemos que ser tolerantes un tiempo prudente. En las primeras 3-4 semanas pueden darse comportamientos regresivos o agresivos.
 - No debemos engañar a los niños con promesas que no pueda cumplir.
 - El tema de la muerte se debe de tratar concretamente. Decirles que la muerte es permanente y que causa una gran tristeza a los que quedamos vivos. No se le debe culpar al niño por la muerte de otros.
 - No podemos entrar en el campo de la religión y decirles que los muertos están felices en el cielo ya que a estas edades tempranas no entienden este concepto y pueden desear morir para ir con esa persona.

Manifestaciones sintomáticas más frecuentes en niños, niñas y adolescentes según grupo de edades.

Grupo de Edad	Manifestaciones Sintomáticas Mas Frecuentes:
Niños y niñas, de 1 a 7 años:	<ul style="list-style-type: none"> - Desamparo y pasividad (desgano, energía baja, no participa en actividades). - Miedo generalizado (le teme a todo) - Confusión en el proceso del pensamiento. No se concentran. - Se "sienten mal" en general. - No quieren hablar de lo que les pasó. - Sueños desagradables, pesadillas, no pueden dormir de corrido, se despiertan en la madrugada. - No quieren separarse de los padres o de los adultos que lo protegen. - Regresan a conductas ya superadas como chuparse el dedo, orinarse en la cama, hablar como cuando eran más chiquitos (balbuceo) - Angustia relacionada con no entender que significa la muerte. - Fantasía de "componer" a los muertos, esperar el regreso de la persona muerta. - Juegos repetitivos acerca del evento traumático. Jugar a que rescatan a sus amiguitos, a que otros se mueren. Etc.
Niños y niñas, de los 8 a los 11 años:	<ul style="list-style-type: none"> - Sentirse preocupado, responsable y/o culpable por el evento. - Sentir miedo de estar solos y del contacto con todo aquello que les recuerde el suceso. - Jugar y hablar repetidamente y con exceso de detalles acerca del evento traumático. - Miedo de no poder controlar sus sentimientos (llorar, enojos, miedo, etc.) - Problemas para prestar atención y aprender. - Alteraciones del sueño (pesadillas de monstruos, no poder dormir, etc.). - Preocupación por la seguridad de sí mismo y otros. Por ejemplo, pensar que algo les va a pasar a sus padres, hermanos, amigos, etc. - Cambios inesperados de conducta. Por ejemplo, los niños activos se vuelven pasivos y los pasivos, activos. - Dolores corporales (cabeza, pecho, estómago, etc.) - Preocupación extrema por el proceso de recuperación de sus padres. Evitan molestarlos a ellos con sus propias angustias. - Preocupación excesiva por otras víctimas y sus familiares. - Sentirse inquietos, confundidos y asustados por sus propias reacciones ante el dolor y la pérdida. - Miedo a fantasmas.
Adolescentes, de los 12 a los 18 años:	<ul style="list-style-type: none"> - Culpa por haber sobrevivido. - Desinterés por la vida. - Pena, sensación de vulnerabilidad (estar indefenso). - Se comportan diferentes. Puede aparecer uso de drogas, delincuencia, conductas sexuales inapropiadas, etc. - Conductas autodestructivas. Tendencia a tener o provocar accidentes. - Cambios repentinos en sus relaciones con las personas. - Deseos y planes de venganza. - Deseos de entrada prematura a la edad adulta. Por ejemplo, abandonar la escuela, buscar un trabajo, casarse, tener un hijo, etc.

DISCAPACITADOS PSÍQUICOS

La ayuda a estas personas, va a estar condicionada por el grado de discapacidad, que vamos a percibir al comunicarnos con la persona.

Otros colectivos vulnerables serían los ancianos, los sordos o ciegos.

LOS RIESGOS DEL CUIDADOR. REACCIONES DE PROFESIONALES Y VOLUNTARIOS EN DESASTRES

Durante las situaciones disruptivas los profesionales y voluntarios dedicados a ayudar a los damnificados pueden manifestar reacciones inadaptadas, que sin ser francamente patológicas, suelen comprometer la eficacia de su trabajo e influir negativamente sobre los damnificados. Tenemos que tener en cuenta a este nivel las siguientes respuestas:

- ✓ Pueden padecer de un shock emocional inicial: aparece durante el periodo que se conoce como periodo sensible inicial. Se manifiesta por un breve periodo de inhibición motriz, olvido momentáneo de los actos que deben efectuar, repetición mecánica de gestos inútiles, tendencias a aglutinarse con los otros trabajadores e imitarlos, en vez de cumplir su tarea específica. En general esta reacción es muy breve (algunos minutos) y pasa rápidamente, pudiendo volver a cumplir sus tareas: existen excepciones en personas psíquicamente muy vulnerables (Crocq L, et al,1987).

- ✓ Shock emocional prolongado: se traduce por un grado relativo de inhibición, indecisión, realización de la actividad de un modo casi automático. Este automatismo resulta de una actitud de defensa que produce una disociación entre la actividad técnica del salvataje y la

sensación de que el medio ambiente es caótico y agresivo. Retrospectivamente, estas personas suelen darse cuenta que han efectuado las tareas como si estuvieran en un estado de despersonalización, con un comportamiento aparentemente adaptado, pero que no es tal porque carece de la capacidad de adaptarse a los cambios de las circunstancias y de la realidad externa.

- ✓ Descarga emotiva tardía sobreviene luego de un tiempo de latencia variable, cuando la urgencia ha pasado. Esta descarga puede manifestarse en forma de postración y depresión, como una crisis de agitación o un acceso de agresividad gestual o verbal. En general son efímeras (Benyakar, 2002).

EL CASO DE MADRID

Madrid, 11 de Marzo de 2004. Estación de Atocha. El caos irrumpe a modo de diez bombas en cuatro trenes de cercanías entre las 7:36 y las 7:40h. 191 personas fallecieron, 1858 resultaron heridas.

El fatídico 11-M, que hasta la fecha es el segundo mayor atentado cometido en Europa con 10 explosiones casi simultáneas en cuatro trenes a la hora punta de la mañana. Más tarde, tras un intento de desactivación, la policía detonaría, de forma controlada, dos artefactos que no habían estallado, desactivando un tercero que permitiría, gracias a su contenido, iniciar las primeras pesquisas que conducirían a la identificación de los autores.

Con motivo de las consecuencias de los crueles atentados, la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental de la Comunidad de Madrid desarrolló y coordinó, con carácter de urgencia, un plan de atención específico de salud mental para los damnificados, con el objetivo de intentar prevenir o al menos minimizar las potenciales repercusiones en la salud mental de los afectados, directa o indirectamente por el suceso.

Este Plan se centro de manera prioritaria aunque no exclusiva, en la población de supervivientes, familiares y amigos de las víctimas, y en el personal directamente implicado (más de 2000 personas participaron en este fin) en las tareas de rescate y atención de damnificados: bomberos, fuerzas de seguridad, personal del sistema sanitario y de servicios sociales, Cruz Roja y voluntarios.

Este plan diferencia entre cinco grupos:

- a) Damnificados de primer grupo: los que sufrieron el impacto directo del desastre, con daño físico o materiales importantes
- b) Damnificados de segundo grupo: familiares o allegados de los anteriores
- c) Damnificados de tercer grupo: integrantes de los equipos de rescate y respuesta rápida
- d) Damnificados de cuarto grupo: testigos directos de la tragedia (viajeros de los trenes afectados y otros usuarios de RENFE), la comunidad residente en la zona y afectada en su conjunto, transeúntes
- e) Damnificados de quinto grupo: personas que, casualmente, no se encontraban en el lugar del acontecimiento, pero que podrían haber estado.

En Madrid, una vez que terminó la identificación y entierro de los fallecidos, se creó la fase profesional, donde se realizó una inversión específica y rápida en recursos humanos para permitir la atención a damnificados en general, y a grupos específicos como niños e intervinientes. Dicha inversión supuso la contratación de recursos humanos específicos para reforzar todos los centros de salud mental de la Comunidad de Madrid pero muy especialmente las zonas más afectadas (Alcalá de Henares, Coslada y Vallecas). La actividad asistencial de este plan hasta la fecha ha supuesto la atención a más de 3.200 pacientes que han generado más de 15.000 consultas.

CRONOLOGÍA 11 M

Desde el punto de vista cronológico, según Benyakar hay que hablar de tres fases, la fase 0 ó de pre-impacto, la fase 1 o de impacto y la fase 2 o post-impacto que abarca todo lo posterior.

Tabla 1			
	Preimpacto	Impacto	Postimpacto
CONTENIDO	Amenaza y advertencia	Previsión y Negación	Fase preventiva
ACTUACIÓN	Previsión vs Negación	Conducta altruista proactiva	Apoyo organizado y evaluación de daño
DEFINICIÓN	FASE PREVENTIVA	FASE HEROICA	FASE DE REMEDIO Y RECUPERACIÓN

- ❖ **FASE DE PRE-IMPACTO:** precede al desastre, es tiempo de amenaza y advertencia, a las que la población suele hacer caso. Algunas personas temen actuar de forma precipitada, mientras que otras rehúsan aceptar la existencia de la amenaza, a modo de defensa. En atentados terroristas, la fase de pre-impacto, no suele producirse

Es difícil estar preparado en la fase de pre-impacto, aunque hay países como los de Oriente Medio que sí lo están debido a su alta carga bélica que les hace vivir en una continua amenaza.

Esta fase se basa en el voluntariado. Hay que formar a la gente y organizarles dentro de la red sanitaria. Tras el atentado en la capital de España, se ha creado un voluntariado para Salud Mental y Catástrofes y se creó también una red de profesionales sanitarios interesados en este tema que ha pasado a llamarse Red de Salud Mental de la Comunidad de Madrid.

- ❖ **FASE DE IMPACTO:** la comunidad se ve afectada por el desastre, fase de organización de las actividades de ayuda. El miedo es predominante, los damnificados buscan seguridad para sí mismos y sus familias. Las actividades que tienen lugar poco después del desastre, se han señalado como parte de la así llamada “fase heroica”, en la que los damnificados actúan en forma epopéyica para salvarse a sí mismos y a otros, en ésta fase es usual la conducta altruista.

En esta fase, la atención debe hacerse por presencia, siendo el momento crítico ya que se acaba de producir el atentado y ocurren los incidentes que marcan parte del devenir: reconocimiento de los cadáveres, traslado a tanatorios, asistencias...

Es la fase de apoyo a la familia, y es preciso estar ahí, no hay que esperar a ser llamados y la atención debe prestarse in situ. En la fase post-impacto la atención ya es algo más “a demanda”, pero en esta fase tenemos que estar sobre el terreno.

Nada más producirse el atentado, los profesionales sanitarios madrileños se concienciaron de la necesidad de empezar a actuar, y desde la oficina de Salud Mental se les comunicó a los aproximadamente 1000 profesionales que ejercen en Madrid que estuvieran alerta (por aquel momento se desconocían las magnitudes de la catástrofe) y que en la medida de lo posible pararan sus agendas de ese día para poder reclutar profesionales para distintos dispositivos. Se creó un listado de voluntarios con nombre, profesión, disponibilidad horaria y teléfono de contacto. Se activó una red y se les indicó a todos los dispositivos que estuvieran alerta a nuevas indicaciones. Tras conocerse la alta siniestralidad del atentado, se pasó a una segunda fase, en la que se organizaron los equipos que previamente habían sido alertados, para lo que se diseñaron dos líneas de actuación. Por un lado, los jefes de Servicio de Psiquiatría fueron designados como coordinadores y alentaron a sus trabajadores para los heridos y familiares que acudían a los hospitales, y por otro lado desde la Oficina de Salud Mental se movilizó al personal de los 36 equipos ambulatorios de Salud Mental de la Comunidad de Madrid. Con este organigrama, se comenzó a gestionar la atención a los familiares de las víctimas mortales que se llevó a cabo en IFEMA. Se creó un documento (imprescindible, ya que muchos de los profesionales sanitarios jamás se habían enfrentado a algo así) con unas pautas generales de actuación para acompañamiento y apoyo psicológico para las víctimas y sus familiares, que fueron supervisadas por el Dr. José Luis Medina, psiquiatra militar del Hospital Militar de la Defensa Gómez Ullea, experto en este tipo de situaciones, para intentar de esa manera homogeneizar las actuaciones y cometer los mínimos errores posibles.

La tarea de asistir a las familias de las víctimas requirió grandes esfuerzos. Del 11 al 14 de Marzo, se organizaron turnos ininterrumpidamente para atender a estar personas afectada en IFEMA, en los tanatorios, en los hoteles que se habilitaron para los familias de las víctimas que no pudieron ser reconocidas hasta que el ADN pusiera la identidad.

IFEMA fue designado como el tanatorio urgente. Sobre el terreno, el objetivo era apoyar a las familias en la espera y en el reconocimiento del cadáver. Los profesionales que actuaron en dicha misión, reconocen que se desbordó la capacidad organizativa debido al gran aluvión de personas que se ofrecieron como voluntarios, generando en ocasiones un caos imposible de organizar.

Se redactó y difundió un documento de apoyo a todos los profesionales sanitarios, especialmente a los Psiquiatras de urgencias de todos los hospitales bajo el epígrafe "Información sobre hechos traumáticos para los pacientes que están en centros sanitarios". Por otro lado, también se difundió a la opinión pública un documento autoayuda titulado "Cómo cuidarse y ayudarse a sí mismo después de un desastre", aunque su repercusión en los medios fue testimonial ya que éstos iban en busca de imágenes y testimonios, por lo que este material quedó en un segundo plano.

Expertos en este tipo de situaciones defienden que es más eficaz que los profesionales de Salud Mental estén formados por equipos acostumbrados a trabajar juntos, por lo que se intentó coordinar y garantizar esta premisa, realizando turnos con personal del mismo área sanitaria. Se movilizó a un gran número de profesionales, que fueron desde psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, enfermería,...Más de 500 profesionales fueron movilizados en esos días.

Inicialmente se crearon turnos de 140 profesionales organizados en tres equipos, cada uno con un líder, que a su vez estaba supeditado a las órdenes del mando operativo del SAMUR que era el liderazgo estructural en IFEMA.

Paralelamente en el SUMMA (Servicios de Urgencias Médicas de Madrid), se organizó un grupo de psicólogos enviados por el Colegio de Psicólogos que realizaron una labor muy importante atendiendo telefónicamente a los afectados durante 24 horas al día de forma absolutamente voluntaria hasta el día 22 de marzo.

Fue cuestión del azar, pero ese día se encontraba en el aeropuerto el psiquiatra Manuel Trujillo, afincado en EEUU y director de un departamento de Psiquiatría del Bellevue Hospital en NY que vivió en primera persona la atención a las víctimas del atentado de las Torres Gemelas del 2001, que fue avisado y ejerció como asesor en la oficina regional de Salud Mental que se creó. Dos claras recomendaciones vinieron de su persona: por un lado organizar una atención específica para niños y adolescentes para los próximos días y en segundo lugar recordó que era absolutamente necesario que se acompañaran y apoyaran a las familias en los velatorios, en el tanatorio hasta que se produjera el entierro.

Gracias a los voluntarios de la Asociación Española de Cuidados Paliativos y a la colaboración del Departamento Universitario de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, se abrió una consulta del 15 al 19 de marzo, para aquellas personas que quisieran o necesitaran apoyo en Salud Mental mientras estaban pendientes del reconocimiento de los restos de sus familiares asesinados en el atentado.

- ❖ **FASE DE POST-IMPACTO:** comienza varias semanas después del desastre, con la consecución de las actividades de ayuda y evaluación del daño humano y material.

La segunda fase de la atención en Salud Mental a los damnificados en el 11M es sin duda la más larga. Es un momento en el que ya han pasado los terribles momentos de impacto y el voluntariado deja de actuar por lo que hay que replantearse la manera de actuar.

- ❖ **FASE DE REMEDIO Y RECUPERACIÓN:** algunos autores hacen referencia al término “luna de miel” y “desilusión” respectivamente. El primero es inmediato al desastre, caracterizado por la necesidad de expresar sentimientos y compartir experiencias con otros. El fenómeno de “desilusión”, surge cuando el apoyo organizado es interrumpido y los damnificados se enfrentan con dificultades considerables en la resolución de sus problemas, resultando evidente que sus vidas se han modificado de forma permanente. La fase post-impacto puede continuar durante el resto de la vida de los damnificados

	Fase 0	Fase I	Fase II
Tipo cronológico	Fase de preimpacto	Fase de impacto	Fase de postimpacto
Recursos Humanos	Voluntariado	Voluntariado	Profesionales
Tipo intervención	Formación / organización	Por presencia	A demanda Equipo móvil
Localización	En la Red sanitaria	<i>In situ</i>	En la Red sanitaria

El día 22 de marzo de 2004 se constituyó en el Ministerio de Sanidad una Comisión formada por representantes de la Consejería de Sanidad y Consumo, Ayuntamiento de Madrid, Ministerio del Interior, Ministerio de Defensa y Consejería de Sanidad de Castilla La Mancha. Como resultado de esta reunión en el Consejo de Ministros se aprobó un Plan de Atención en Salud Mental a los Afectados por el Atentado del 11-M, acordándose que la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid, desde la Oficina de Salud Mental, coordinaría la ejecución de dicho Plan. Uno de los grandes problemas al que se enfrenta en este nivel es el de calcular las necesidades profesionales que atendieran a las víctimas. Es difícil encontrar estándares fiables pues se trata (afortunadamente) de situaciones tan extraordinarias que no son comparables. Varían las circunstancias de cada país, los rasgos culturales, el sistema sanitario vigente y, por supuesto, los desastres son muy distintos unos a otros. Hay que diferenciar lo que sería población expuesta a padecer problemas de salud mental y población afectada que sería el porcentaje de la población expuesta que puede desarrollar secuelas psicopatológicas.

En Madrid y apoyándose en lo evaluado tras el 11-S como experiencia más comparable, dentro de las grandes diferencias, se planteó un escenario en el que por cada fallecido o herido grave habría doscientos psíquicos, por tanto, calculamos ochenta mil personas en riesgo de Salud Mental tras el 11-M (población

expuesta). Según la experiencia, el 3% de esos 80000 (de 2400 a 25000 personas) tendrían secuelas psíquicas los primeros tres meses y el 1% (de 600 a 1500) a los nueve meses, que fueron cifras estimadas cercanas a lo que, finalmente, se detectó en los Centros de Salud Mental.

DESARROLLO DEL PLAN DE ATENCIÓN

Las acciones emprendidas en la Consejería de Sanidad y Consumo para atender a los damnificados se centraron en tres líneas de trabajo:

- atención directa a los damnificados
- atención específica a niños y adolescentes
- creación de unidad para intervinientes

En relación a los damnificados en la primera fase se organizó una atención telefónica en el SUMMA 112 después de que se acabara la ayuda del Colegio de Psicólogos el día 22 de marzo. Esta atención se desplegó gracias a la generosa participación de los psiquiatras y psicólogos de la Red de Salud Mental que además de las guardias que habitualmente hacían se les pidió que realizaran estos turnos telefónicos.

Se efectuó un refuerzo de las plantillas de los Centros de Salud Mental de Madrid, sobre todo en las zonas que se preveía que iban a ser más afectadas debido a la cercanía del suceso. Respecto a niños y adolescentes, se creó una Unidad Móvil para atención en colegios y una consulta específica en Alcalá y en Vallecas, además de los equipos de Salud Mental infanto-juvenil sobre los que se habilitó un turno de tarde para dar más flexibilidad a las familias que quisieran acudir. Finalmente, también se organizó una unidad de intervinientes, una unidad específica dedicada a las personas que intervinieron en el rescate en la ayuda directa y que desarrollaron algún tipo de secuelas psíquicas.

Para llevar a cabo todo esto, se precisó una inversión de tres millones de euros con los que se contrataron treinta y siete psiquiatras, dieciocho psicólogos, nueve auxiliares administrativos, distribuyéndose dichos refuerzos por todas las áreas sanitarias. Se intentó no etiquetar las consultas para no victimizar en exceso. Se crearon indicaciones para derivar a estas personas a los Centros de Salud Mental y se intensificaron los esfuerzos para evitar lista de espera para los damnificados.

DATOS ASISTENCIALES

Según los datos remitidos por los Centros de Salud Mental de la Comunidad de Madrid, desde el inicio del Plan de Atención a los afectados por el atentado del 11

de marzo en Madrid, se han realizado un total de 3.243 primeras consultas (equivaldría al número de pacientes atendidos) y 14.497 consultas de revisión o sucesivas. Del total de pacientes atendidos, el 40% han sido hombres y el 60 % mujeres.

El 77% del total de consultas se realizaron en el año 2004: concretamente el 94% de las primeras consultas y el 73% de las revisiones. La evolución de las consultas a lo largo del período analizado se muestra en el siguiente gráfico (mayores de 18 años y menores de 18 años), en agrupación semestral.



La incidencia acumulada en los tres años estudiados ha sido de 5,44 casos por 10.000 habitantes que han generado un total de 17.740 asistencias, 16.068 en mayores de 18 años y 1.672 en menores de 18 años.

Finalmente, tener en cuenta que no solo se atendieron personas de nacionalidad española. Muchos de los usuarios del cercanías como medio de transporte eran de otro país. En la siguiente tabla se registra la distribución según las diferentes nacionalidades de las personas atendidas en los Centro de Salud Mental

Inmigrantes atendidos por 11M en S. Mental			
Ecuador	182	Venezuela	3
Rumanía	83	Brasil	2
Colombia	73	Salvador	2
Marruecos	27	EEUU	2
Perú	14	Méjico	1
Cuba	9	Malí	1
Ucrania	9	Camerún	1
Bolivia	8	Nigeria	1
Bulgaria	8	Congo	1
Rep Dominicana	8	Irán	1
Uruguay	6	Armenia	1
Argentina	6	Guinea	1
Chile	5	Otros sudamericanos	16
Polonia	4	Otros países del Este	7

EL CASO DE LAS TORRES GEMELAS

Sin duda hay un día en la historia moderna en el que el mundo, al menos como lo veníamos concibiendo cambió. En EEUU eran las 8:46 h del 11 de Septiembre del 2001 cuando el vuelo 11 de American se incrustó por completo en la Torre del World Trade Center. La historia posterior es conocida por todos: se ha hablado, escrito, grabado prácticamente todo sobre aquel atentado, y aún perduran avivadas las cenizas del día en el que la historia nos demostró lo frágiles e indefensos que estamos ante el egoísmo de algunos y el fanatismo de otros.

Los atentados del 11 de septiembre de 2001 fueron una serie de atentados terroristas suicidas cometidos aquel día en los EEUU por miembros de la red yihadista Al Qaeda mediante el secuestro de aviones de línea para ser impactados contra varios objetivos y que causaron la muerte a cerca de 3.000 personas y heridas a otras 6.000, así como la destrucción del entorno del WTC en Nueva York y graves daños en el Pentágono, siendo el episodio que precedería a la guerra de Afganistán y a la adopción por el Gobierno estadounidense y sus aliados de la política denominada de Guerra contra el terrorismo.

Los atentados fueron cometidos por diecinueve miembros de la red yihadista Al-Qaida, divididos en cuatro grupos de secuestradores, cada uno de ellos con un terrorista piloto que se encargaría de pilotar el avión una vez ya reducida la tripulación de la cabina. Los aviones de los vuelos 11 de American Airlines y 175 de United Airlines fueron los primeros en ser secuestrados, siendo ambos estrellados contra las dos torres gemelas del WTC, el primero contra la torre Norte y el segundo poco después contra la Sur, provocando que ambos rascacielos se derrumbaran en las dos horas siguientes.

El tercer avión secuestrado pertenecía al vuelo 77 de American Airlines y fue empleado para ser impactado contra una de las fachadas del Pentágono, en Virginia. El cuarto avión, perteneciente al vuelo 93 de United Airlines, no alcanzó ningún objetivo al resultar estrellado en campo abierto, cerca de Shanksville, en Pensilvania, tras perder el control en cabina como consecuencia del enfrentamiento de los pasajeros y tripulantes con el comando terrorista.

Los atentados causaron más de 6.000 heridos, la muerte de 2.973 personas y la desaparición de otras 24, resultando muertos igualmente los 19 terroristas.

Los atentados crearon una reacción de temor generalizado en todo el mundo y particularmente en los países occidentales, que alteró desde entonces las políticas internacionales.

Tras explicar detenidamente el caso de Madrid y el abordaje psicológico que de aquel atentado se hizo, quiero realizar un abordaje diferente para el caso del 11-S, para el que me apoyaré sobre un artículo publicado en la Revista chilena de neuro-psiquiatría que lleva por título “Psychological impact of terrorist attacks on september 11, 2001 in New York City: posttraumatic stress disorder and the recuperation of a traumatized city”, a cargo de Jaime Cárcamo, Arturo Sánchez-Lacay y Roberto Lewis-Fernández con el que quiero reflejar las consecuencias que tienen ante sí una catástrofe a modo de atentado terrorista.

[Revista chilena de neuro-psiquiatría](#)

versión On-line ISSN 0717-9227

Rev. chil. neuro-psiquiatr. v.40 supl.2 Santiago nov. 2002

<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600008>

ARTICULO ORIGINAL

El impacto psicológico de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York: el trastorno por estrés postraumático y la recuperación de una ciudad traumatizada

Psychological impact of terrorist attacks on september 11, 2001 in New York City: posttraumatic stress disorder and the recuperation of a traumatized city

Jaime Cárcamo, Arturo Sánchez-Lacay, Roberto Lewis-Fernández

Cárcamo Jaime, Sánchez-Lacay Arturo, Lewis-Fernández Roberto. El impacto psicológico de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York: el trastorno por estrés postraumático y la recuperación de una ciudad traumatizada. Rev. chil. neuro-psiquiatr.

“...The terrorist attacks on the World Trade Center (WTC) on

September 11, 2001 strained the emotional resources of many New York City residents. The expectation of another terrorist attack, including the fear of bio-terrorism, complicates the recovery process of individuals who were directly affected by the disaster. These individuals are experiencing an amalgam of psychological problems, including Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), depression, anxiety, traumatic grief, and self-destructive behaviors. In addition, for some victims, the collapse of the WTC was experienced within a religious context of an apocalyptic nature (e.g., "doomsday" or "the end of the world"). To date, this has been the deadliest act of terrorism in the United States. In this paper we discuss the following: the immediate mental health effects of the terrorist attacks, (the prevalence of PTSD before and after September 11, 2001, vulnerability factors implicated in the development of PTSD, the immediate responses to the disaster by government, private, and academic institutions, and a brief description of evidence-based treatments for PTSD. The paper concludes with an account of the horrific and terrifying experience of a WTC survivor..."

Introducción

La ciudad de Nueva York a menudo se ha descrito como la capital del mundo o el primer centro urbano del "Estado Imperial" ("Empire State"). Pero el 11 de septiembre de 2001 un ataque inesperado sacudió hasta sus cimientos esta gran ciudad conocida por su capacidad de recuperación y sus enormes recursos. Los ataques terroristas a las Torres Gemelas (World Trade Center) sobrepasaron los mecanismos psicológicos que utilizan diariamente los neoyorquinos para enfrentar el estrés; éstos no anticipaban ni aún siquiera imaginaban un ataque terrorista de tal magnitud en su propio país. Algunos sobrevivientes del ataque vivieron el desplome de las Torres Gemelas dentro de un marco religioso de tipo apocalíptico, tal como "el día del juicio final" o "el fin del mundo". Hasta muchos que no se consideraban personas religiosas antes de esa fecha describían lo sucedido de esta forma. Al día de hoy, los sucesos del 11 de septiembre constituyen el acto terrorista más terrible y mortífero en la historia de Estados Unidos. Las estadísticas más recientes en cuanto a las víctimas fallecidas debido al ataque a las Torres Gemelas son las siguientes: total de víctimas: 2823; total de víctimas identificadas: 1058; restos recuperados: 19497; cuerpos recuperados: 289; escombros removidos: 1610852 toneladas.

A partir de septiembre, todo el mundo sabe que Nueva York se ha convertido en un blanco de ataques terroristas. En la población se volvieron comunes las descripciones de problemas para dormir, de pesadillas, de agitación, de ansiedad, y de ira. Los neoyorquinos comenzaron a presentar un alerta y sospechas excesivas, particularmente hacia individuos que aparentan provenir del Oriente Medio. Se llegó a reportar en las noticias que individuos de esta procedencia fueron atacados e incluso asesinados poco después del 11 de septiembre.

Durante las siguientes semanas, los neoyorquinos vivieron permanentemente estados de temor, ira e incredulidad. La expectativa de otro ataque terrorista causó que la gente evitara "los lugares de alto riesgo" tales como los centros comerciales, los cines, los puentes, los túneles, los edificios altos y los aeroplanos. Lo que se consideraba seguro antes del 11 de septiembre se tornaba peligroso. Se hacía difícil distinguir un lugar seguro de uno de alto riesgo. El presidente de Estados Unidos, George W. Bush, y el alcalde de la Ciudad de Nueva York, Rudolph Giuliani, tuvieron que presentarse por televisión y en la radio nacional para alentar a la población a que volviera a sus actividades usuales, sin entregarse al miedo al terrorismo.

Nueve meses después del desastre de las Torres Gemelas, la mayoría de los neoyorquinos volvió a sus rutinas normales, tales como el trabajo, la familia, y las actividades sociales. Sin embargo, los recordatorios de la catástrofe siguen acosando a muchos habitantes de la ciudad.

Este artículo se divide en cuatro secciones. La primera entrega una descripción breve de los diferentes tipos de problemas psicológicos que provocó el ataque terrorista del 11 de septiembre en muchos residentes de la ciudad de Nueva York.

La segunda sección describe la prevalencia del trastorno por estrés postraumático (TEPT) antes y después del 11 de septiembre. También se ofrecen algunas estadísticas sobre cómo los estadounidenses se enfrentaron al desastre durante los primeros días y cómo los niños a través de la ciudad de Nueva York siguen experimentando problemas relacionados con el estrés traumático. La tercera sección discute los factores de vulnerabilidad que parecen subyacer al origen del TEPT.

Las respuestas inmediatas al desastre por parte del gobierno y las instituciones privadas y académicas se discuten en la cuarta sección. Además se presenta una descripción breve de los tratamientos para el TEPT que han sido avalados por la evidencia científica.

El TEPT y otras reacciones al estrés traumático entre los sobrevivientes de las Torres Gemelas

Las personas que experimentaron directamente los ataques terroristas a las Torres Gemelas continúan desarrollando un conjunto de problemas psicológicos, tales como el TEPT, la depresión, los trastornos de ansiedad y las conductas auto-destructivas, incluyendo el alcoholismo y la drogadicción. La terrible tasa de mortalidad debida al desplome de estos edificios de más de 100 pisos ha provocado un proceso de duelo denominado complicado o traumático. Para aquellas personas que experimentaron un duelo de este tipo, la muerte de sus seres queridos fue como una sacudida que produjo una especie de reacción traumática.

Las reacciones patológicas a los acontecimientos traumáticos se conocen desde hace siglos, pero el diagnóstico de TEPT continúa en proceso de desarrollo. Este trastorno se usa actualmente para diagnosticar a alguien que ha reaccionado con "temor, sensación de desamparo u horror intenso" ante un acontecimiento

traumático, desarrollando además síntomas invasores en que se re-experimenta el acontecimiento; reacciones de evitación ante recuerdos del trauma, junto con entumecimiento y aislamiento psicológicos generalizados y excitación fisiológica generalizada. Puede durar de 1 a 3 meses (subtipo agudo) o más de 3 meses (subtipo crónico), o iniciarse después de 6 meses del trauma (aparición tardía).

Estudios han demostrado que nuevas combinaciones de síntomas (incluyendo menos síntomas de los acostumbrados o síntomas diferentes) pueden predecir la incapacidad y la necesidad de tratamiento con mayor precisión que la definición actual del TEPT. Queda claro además que personas con menos síntomas de los requeridos por el diagnóstico podrían aun así estar bastante afectados y por lo tanto beneficiarse del tratamiento.

La epidemiología del TEPT antes y después del 11 de septiembre de 2001

Antes de los ataques terroristas del 11 de septiembre, los estudios de prevalencia del TEPT en Estados Unidos indicaban que aproximadamente el 10,4% de las mujeres y cerca del 5,0% de los hombres había presentado un TEPT en algún momento de su vida. Cinco a ocho semanas después de los ataques terroristas del 11 de Septiembre, la prevalencia del TEPT se estimó en un 20% para la población adulta residente en el área de las Torres Gemelas y en 7,5% para los habitantes del centro y sur de Manhattan en una entrevista telefónica realizada de muestra aleatoria. Es importante tener presente que aunque a menudo los síntomas del TEPT aparecen inmediatamente tras el acontecimiento traumático, en otros casos estos síntomas tardan semanas, meses e incluso años en aparecer. El inicio del TEPT puede influir de manera importante en el proceso de recuperación. Por ejemplo, Foa (1996) descubrió que las víctimas que desarrollaron síntomas agudos del trastorno en las primeras 2 semanas después del trauma (comienzo temprano) demostraron una mejor recuperación al cabo de 3 meses, comparados a los que desarrollaron síntomas agudos entre 2 y 6 semanas después del acontecimiento traumático.

En base a datos obtenidos luego de la explosión del Edificio Federal Murrah en la Ciudad de Oklahoma en 1995, previamente el acto terrorista más mortífero en la historia de Estados Unidos, es posible predecir que aproximadamente el 35 % de las personas que experimentaron directamente los ataques terroristas del 11 de septiembre presentarán un TEPT en algún momento como consecuencia del desastre.

Se ha calculado que más de 100000 personas presenciaron directamente los horribles acontecimientos y que muchas otras personas alrededor del mundo experimentaron estas escenas dramáticas a través de los medios de comunicación. Una encuesta nacional que evaluó las reacciones al estrés provocado por estos acontecimientos halló que los estadounidenses reaccionaron a los ataques terroristas de varias maneras. Por ejemplo, la mayoría buscó la ayuda de la religión (90%) y de su redes de apoyo social. Cerca del 60% comprobó si sus seres queridos estaban a salvo, compartió con otros sus pensamientos y sentimientos y participó en actividades de grupo, tales como vigiliyas, que ofrecían un sentido de comunidad. Además, cerca del 35% hizo donativos a grupos caritativos dirigidos a las víctimas del desastre.

Un estudio realizado por investigadores de la Universidad de Columbia encontró que los niños de la Ciudad de Nueva York en general, no sólo aquéllos que viven próximos al área del desastre, continuaban tiempo atrás, experimentando problemas psicológicos debilitantes y persistentes. Aproximadamente el 26% de los estudiantes encuestados en 94 escuelas públicas reportaron por lo menos un problema de salud mental. Un 15% se quejó de agorafobia, el 12,3% reportó angustia por separación de sus padres, el 10,5% reunió los criterios del TEPT, el 9,3% experimentó ataques de pánico y el 8,4% mostró síntomas de depresión mayor. Al tomar en cuenta los síntomas menos graves, tales como pesadillas y problemas de concentración, aproximadamente 200000 de los 1,1 millones de estudiantes de las escuelas públicas de la ciudad podrían estar afectados. Tres de cada cuatro niños reportaron recuerdos invasores del desastre de las Torres Gemelas. Muchos niños vieron el desplome de los edificios desde las ventanas de los edificios escolares en el área sur de Manhattan o desde las riberas de Brooklyn y Queens.

Vulnerabilidad para presentar un TEPT

¿Qué predispone a algunos individuos y no otros a presentar un TEPT? Tres clases de factores parecen estar implicados en el desarrollo del TEPT: factores anteriores al trauma, factores relacionados con el trauma y factores posteriores al trauma. En cuanto a los factores relacionados con el trauma, se ha demostrado que aquellos individuos con un historial psiquiátrico o que han sufrido experiencias traumáticas anteriores tienen una mayor probabilidad de desarrollar un TEPT. El tipo de acontecimiento traumático juega también un papel en la vulnerabilidad del individuo a presentar el trastorno. Por ejemplo, Resnick et al encontraron en un estudio retrospectivo de mujeres estadounidenses que el 17,8% de las víctimas de ataques físicos graves y el 12,4% de aquéllas que fueron sexualmente atacadas presentaron un TEPT, mientras que sólo el 3,4% de las mujeres que sufrieron acontecimientos traumáticos no-criminales presentaron el trastorno.

La gravedad del trauma puede influir también en el desarrollo del TEPT. Por ejemplo, los estudios realizados con veteranos de la Guerra de Vietnam encontraron que la gravedad de la patología post-traumática podía anticiparse de acuerdo a la cantidad de combate al que fue expuesto el soldado. Por analogía, puede predecirse que las personas que experimentaron directamente el desplome de las Torres Gemelas tienen una mayor vulnerabilidad al TEPT que aquéllas más apartadas de la zona del desastre. La investigación deja bastante claro que tanto la naturaleza como la gravedad del acontecimiento traumático afectan el riesgo de desarrollar un TEPT.

Las experiencias de un individuo durante y poco después del acontecimiento traumático pueden también influir sobre sus reacciones al trauma. Por ejemplo, el grado de disociación durante e inmediatamente después del acontecimiento se ha visto asociado al grado de angustia post-traumática y al TEPT. Un grado extremo de ira o de culpabilidad posteriores al trauma (frecuente entre los sobrevivientes de las Torres Gemelas) parece aumentar el riesgo de una respuesta patológica. Además, el Trastorno Agudo por Estrés durante el primer mes después del trauma está asociado a un aumento en el riesgo de TEPT. El papel del apoyo social en el proceso de recuperación no queda completamente claro, aunque hay evidencia que

indica que el apoyo social negativo (tal como culpar a la víctima por el acontecimiento traumático) parece obstaculizar el proceso de recuperación.

Aunque el evitar ciertos lugares se ha considerado como una respuesta natural y aceptable para los sobrevivientes del desastre justo después del desplome de las Torres Gemelas, la evitación persistente de situaciones que son seguras desde un punto de vista objetivo también contribuyen al desarrollo del TEPT entre algunos sobrevivientes. Es bien sabido que luego de un acontecimiento traumático cambia la percepción que las personas tienen del mundo y de sí mismas. A menudo se llega a ver el mundo como un lugar peligroso e impredecible y las víctimas traumatizadas pueden catalogarse de personas frágiles y vulnerables. Se afectan las capacidades volitivas y cognoscitivas. Se altera la habilidad de distinguir entre lo seguro y lo peligroso. Las creencias rígidas, tales como la idea de que no hay lugar seguro en el mundo, a menudo conducen al proceso de evitación. La evitación, por su parte, disminuye las oportunidades de extinguir o reducir la reacción de temor provocada por el trauma. En la ciudad de Nueva York, las personas que se enfrentaron activamente a las situaciones que, aunque temidas, eran objetivamente seguras facilitaron su recuperación al corregir las creencias exageradas acerca de la peligrosidad de la ciudad y de su propia vulnerabilidad.

La experiencia de un acontecimiento traumático es necesaria para que un individuo desarrolle un cuadro de TEPT, pero de por sí no es suficiente. Otros factores, tales como el funcionamiento antes del trauma, la historia previa de experiencias traumáticas, la gravedad o magnitud del acontecimiento traumático y las reacciones del individuo víctima de un trauma y de sus seres queridos después del trauma juegan también un papel esencial.

La respuesta a los actos terroristas por parte de los servicios de emergencia organizados por instituciones gubernamentales, privadas y académicas

Los ataques terroristas a las Torres Gemelas afectaron al mundo entero de forma directa e indirecta. El centro financiero de Wall Street permaneció cerrado por varios días, al igual que los aeropuertos estadounidenses, y el país entero vivió una temporada de sobresalto e incertidumbre. Varias instituciones gubernamentales, privadas y académicas aunaron esfuerzos para proporcionar orientación, intervención en crisis y entrenamiento en la evaluación y el tratamiento de las reacciones al trauma. Por ejemplo, el Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York y la Universidad de Columbia crearon una red de información de profesionales de salud mental (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y enfermeras) interesados en ofrecer sus servicios voluntariamente a las víctimas del desastre de las Torres Gemelas. Además, éstas y otras instituciones académicas ofrecieron numerosos talleres para educar y entrenar a los profesionales de salud mental de la ciudad acerca de los tratamientos para el trauma que han sido avalados por la evidencia científica.

El "Proyecto Libertad", un programa auspiciado por la Agencia Federal de Emergencia y Administración (FEMA) y por el Centro para Servicios de Salud Mental, ofreció servicios gratis de consejería en crisis a las personas, familias, y

grupos más afectados por el desastre del 11 de septiembre. Se distribuyeron anuncios por toda la ciudad para motivar a la población a que buscara ayuda, incluyendo particularmente a los rescatistas.

El Consorcio Neoyorquino para el Tratamiento Efectivo del Trauma, financiado por la Fundación del periódico New York Times, fue creado para enfrentar las necesidades psicosociales de familias, adultos y niños a raíz del desastre de las Torres Gemelas. La misión del Consorcio fue organizar la distribución entre los servicios de salud de personal clínico bien entrenado y crear una infraestructura para evaluar la eficacia y la calidad del tratamiento mediante el entrenamiento continuo, la promoción de tratamientos avalados por la evidencia científica y los estudios de seguimiento para valorar el impacto de los servicios prestados. Aunque existen los conocimientos necesarios sobre los tratamientos efectivos y el proceso de entrenamiento que éstos requieren, debido a la magnitud del acontecimiento, ni la ciudad de Nueva York ni ningún lugar en el mundo cuenta con la infraestructura y el personal entrenado para enfrentar un desastre de esta naturaleza.

El Consorcio Neoyorquino se compone de cuatro importantes centros académicos de la ciudad de Nueva York con grupos especializados en el tratamiento y la investigación de las reacciones al trauma, incluyendo la Universidad de Columbia (junto con el Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York), la Escuela de Medicina de Mont Sinai, el Colegio Médico de la Universidad de Cornell, y el Centro Médico Católico de San Vicente, el centro académico del Colegio Médico de Nueva York que presta servicios al área sur de Manhattan. Por ejemplo, debido a su cercanía al área del desastre, el Centro Médico de San Vicente recibió un enorme número de sobrevivientes buscando ingresar a los servicios de consejería en crisis y una amplia gama de otros tratamientos intensivos de salud mental. Durante la primera semana después del 11 de septiembre, San Vicente atendió 1038 pacientes como resultado del desastre y recibió 6800 visitas a su centro de servicio familiar.

Las metas del Consorcio Neoyorquino

Las metas del Consorcio son las siguientes:

1) ENTRENAR A LOS MONITORES. Sesenta facultativos de los cuatro centros académicos fueron seleccionados para el proceso de entrenamiento realizado por un grupo de expertos a nivel nacional en la investigación y tratamiento de las reacciones al trauma.

2) DIVULGACION DEL CONOCIMIENTO ESPECIALIZADO. Los 60 profesionales entrenados también fueron conduciendo talleres y seminarios para educar a otros profesionales de salud mental en la ciudad de Nueva York que atendieron pacientes en clínicas comunitarias, oficinas privadas y programas de asistencia a empleados. El entrenamiento también enfatizó la consultoría a psicólogos, consultorios para escolares y a maestros de educación especial. En particular se potenció el enlace con los servicios primarios de salud general para facilitar la

identificación y la derivación de personas afectadas por el desastre.

3) TRATAMIENTO Y EVALUACION DE SERVICIOS. El Consorcio también estableció un procedimiento para realizar evaluaciones estandarizadas, verificar la calidad de los servicios prestados y estudiar el resultado del tratamiento y la satisfacción del cliente.

4) DESARROLLO PROGRESIVO DEL PROGRAMA. Las cuatro instituciones establecieron centros para continuar el desarrollo y perfeccionamiento de los tratamientos, incluyendo las modificaciones que puedan introducirse para poblaciones especiales (tales como diversas poblaciones étnicas y culturales, rescatistas, pacientes con enfermedades físicas, ancianos, enfermos mentales crónicos y niños en hogares de crianza).

La meta a largo plazo del Consorcio era la de establecer infraestructuras y metodologías que proporcionaran asistencia y entrenamiento para cubrir otras necesidades a nivel local y nacional relacionadas con el trauma. Una consecuencia importante del nuevo Consorcio fue la creación de un medio de difusión. Los estudios en el tema de desastres indican que las consecuencias primarias y secundarias de un desastre de esta magnitud continuarán por un período de varios años.

Los tratamientos para el TEPT avalados por la evidencia científica

Existen diferentes tipos de tratamientos para el trauma, incluyendo los medicamentos, la hipnosis, la psicoterapia psicodinámica y las terapias cognitivo-conductuales. Varios estudios han indicado que los medicamentos inhibidores de la recaptación de la serotonina son eficaces para el tratamiento del TEPT, por ejemplo, la fluoxetina, la sertralina, y la paroxetina. Actualmente, la sertralina y la paroxetina son los medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Drogas estadounidense (FDA) para el tratamiento del TEPT.

Al evaluar los resultados de las investigaciones sobre la respuesta al tratamiento es importante notar que no todos los estudios emplean el mismo rigor metodológico y que por lo tanto las conclusiones que de ellos se pueden extraer varían sustancialmente. Foa y Meadows resumieron siete "estándares de oro" que deben usarse para calibrar los resultados de estudios que investigan la respuesta al tratamiento. Estos incluyen:

1. Síntomas claramente definidos (por ejemplo, TEPT o depresión mayor en vez de "malestar tras el episodio").
2. Medidas confiables y válidas (por ejemplo, medidas estandarizadas en lugar de cuestionarios idiosincráticos).
3. Entrevistas realizadas por evaluadores que desconocen la asignación terapéutica del paciente ("ciegos"; para evitar el sesgo).

4. Entrenamiento de los evaluadores (incluyendo tanto el entrenamiento inicial como la supervisión periódica). ☒
5. Programas de tratamiento específico codificados en manuales (para asegurar la uniformidad del tratamiento y permitir la repetición del estudio). ☒
6. Asignación terapéutica imparcial (por ejemplo, muestras asignadas al azar o mediante estratificación). ☒
7. Fidelidad al tratamiento (para asegurar que se siguieron correctamente los manuales de terapia).

Los tratamientos cognitivo-conductuales han sido evaluados en un mayor número de estudios. La terapia de exposición prolongada es una psicoterapia basada en el método cognitivo-conductual que ha sido avalada repetidamente por la investigación científica por su eficacia en el tratamiento del TEPT. Esta terapia consta de cinco componentes: la primera fase en que se reúne información detallada sobre el acontecimiento traumático, la psicoeducación, el entrenamiento sobre el uso de la respiración para reducir la ansiedad, la exposición a base de imágenes (utilizada para revivir el trauma) y la exposición en vivo (utilizada para enfrentar directamente los recuerdos del trauma). Los dos componentes de exposición se consideran los elementos claves del tratamiento. Debe señalarse; sin embargo, que a pesar que esta terapia ha sido avalada repetidamente por la investigación debido a su eficacia terapéutica para el TEPT, en algunas circunstancias parece necesario o por lo menos útil utilizar otros enfoques para tratar este trastorno. Estos enfoques pueden usarse en sustitución de o junto con la terapia de exposición prolongada. Por ejemplo, aunque la emoción principal en los casos de TEPT es típicamente el temor y la ansiedad intensa, algunas personas padecen más de culpa o de vergüenza que de temor, y es posible que la terapia de exposición prolongada no tenga tanto impacto sobre estas emociones. La reestructuración cognitiva; sin embargo, podría ser más efectiva en estos casos. Por lo tanto, al atender pacientes con TEPT que describen pensamientos disfuncionales de culpa o vergüenza excesivas, sería útil utilizar la reestructuración cognitiva como parte del tratamiento del TEPT.

EL CASO DE SANTIAGO

Hace unos meses, en España volvía a ser noticia una catástrofe con un reguero de vidas humanas rotas. El 24 de Julio no fue un acto terrorista el causante de la masacre, sino una catástrofe “natural” provocada por las imprudencias del ser humano. A su paso por la curva “A Grandeira”, a 3 kms de Santiago de Compostela, descarrilaba un tren Talgo que llevaba a 218 pasajeros a bordo a lo largo de sus ocho coches y dos cabezas tractoras, causando 80 muertes.

El exceso de velocidad, la imprudencia del conductor, los fallos en los sistemas de seguridad...hipótesis y causas para una catástrofe que volvió a demostrar la necesidad e importancia del abordaje psicológico para las personas implicadas en este tipo de catástrofes.

Mucho se ha hablado y debatido sobre este caso. Y con los casos de Madrid y Nueva York he querido dar una versión diferente sobre la misma temática. Para explicar la implicación del abordaje psicológico que tuvo lugar en el accidente de Santiago de Compostela, lo ilustraré con los titulares que se publicaron esos días sobre la temática, en la particular versión que da la opinión pública

6 Noticias > Sociedad

MÁS DE 45 PSICÓLOGOS ATENDIERON A LOS FAMILIARES DE LAS VÍCTIMAS

Los psicólogos del accidente de Santiago recurren a una técnica budista

Ha pasado ya un mes del **accidente del tren de Santiago** y los psicólogos aprenden ahora a cuidar de sus propias emociones tras ayudar a las víctimas. El autocuidado evita el desgaste profesional y sobretodo prepara mejor a los psicólogos para una nueva catástrofe.

Me gusta 113 | Twittear 5 | G+1 | 1 | 0 Comentarios



[Leer la noticia](#)

45 psicólogos y personal de apoyo atienden a los familiares del accidente de tren de Santiago

La policía da la fatal noticia a los familiares, quienes, cuando son llamados, van acompañados por personal de apoyo

Galicia | 26/07/2013 - 06:41h | Última actualización: 26/07/2013 - 10:38h



Familiares de las víctimas del tren Alvia, accidentado en las inmediaciones de la estación de tren de Santiago de Compostela Cabalar / EFE

[Leer la noticia](#)

Los psicólogos de emergencias galardonados por su labor durante el accidente de Santiago

Infocop | 29/10/2013 5:00:00

 Recomendar 486
  Twittear 0
  +1 0



El pasado sábado 26 de octubre, el Grupo de Intervención Psicológica en Catástrofes y Emergencias (GIPCE), perteneciente al COP Galicia, recibió la **Placa de Honor de la Orden del Mérito Civil**, en un acto solemne de reconocimiento al trabajo realizado durante la catástrofe ferroviaria acaecida el pasado 24 de julio en Santiago.

El GIPCE es un grupo que se puso en marcha en 1996 con profesionales especializados en la atención psicológica en situaciones de catástrofe y emergencia. Con su intervención procura minimizar el impacto en las personas afectadas, restaurando sus capacidades y recursos para que puedan resolver más eficazmente la situación de estrés y prevenir posibles problemas psicológicos posteriores.

Su coordinadora, **Ana Isabel Martínez Arranz**, recogió esta distinción otorgada por el rey y propuesta por el Ministerio de Fomento por la "generosidad" y "ejemplaridad" mostradas durante la tragedia.



[Leer noticia](#)

DESCARRILAMIENTO TREN

 Me gusta 766
  Twittear 81

Psicólogos en accidentes: acompañar en el desasosiego

Cuando las catástrofes y los accidentes golpean, los psicólogos se convierten en el punto de apoyo de los familiares de las víctimas. Gestionan sus bloqueos, la desolación, la incertidumbre, la angustia o, incluso, la negación. Ahora se vuelcan con los afectados por el descarrilamiento del tren de pasajeros de Santiago de Compostela. Intentan paliar el desasosiego de la tragedia

MADRID/EFE/ANA SOTERAS Y MARIOLA AGUJETAS | JUEVES 25.07.2013

 ENVIAR | SIN COMENTARIOS ↓



[Leer noticia](#)

TRAGEDIA EN SANTIAGO

Accidente en Santiago: Más de 40 psicólogos expertos en catástrofes asisten a las víctimas de la tragedia

La identificación de las víctimas mortales está siendo muy compleja

JOEL GÓMEZ

Santiago / La Voz 25 de julio de 2013 16:43

★★★★★ 30 votos

Los 44 especialistas que integran el Grupo de Intervención Psicológica de Catástrofes están todos en alerta y prestan asistencia a los familiares directos de las víctimas de la tragedia en turnos de 15. El Colexio Oficial de Psicología de Galicia confirma que se mantendrá operativo todo el grupo al menos hasta que se celebren los sepelios.

Representantes de este colectivo altamente especializado estuvieron en el lugar del siniestro en las primeras horas. También ejercieron en el Cersia de San Lázaro, donde se concentran familiares de viajeros del tren; en el multiusos de Sar, para donde se trasladaron los cadáveres; y en los hospitales públicos de Ferrol y A Coruña.

Trámites judiciales

SABER MÁS...

Santiago de Compostela Accidente en Santiago



VITOR MEJUTO

Ansiedad entre las familias que esperan noticias

[Leer noticia](#)

En los días posteriores al accidente de Santiago publiqué en mi página web un artículo sobre el dolor de la catástrofe. Llevaba como título *“Las cenizas del caos”* y a continuación plasmaré la entrada de aquel día

Las cenizas del caos

Julio 26, 2013

Galicia, España y el mundo lloran la tragedia del guepardo de metal descarrilado en su último trayecto mortal. Mucho se ha contado, mucho se ha informado. Se ha mostrado el dolor real, la tragedia de las víctimas y sus familias e incluso se ha ahondado en el sensacionalismo del íntimo dolor de las pérdidas que lloradas en silencio cicatrizan de manera más en primera persona. Se han buscado testimonios para poner nombres y apellidos a la tragedia, al dolor, a la muerte...Por una prensa que ha informado, sobreinformado e incluso malinformado donde todo parece valer con imágenes y testimonios que poco aportan aparte de lo ya sabido, lo ya sentido, lo ya perdido.

Pero también se ha desatado el espíritu dormido de la sociedad española con ese gen solidario que de verdad marca y diferencia la marca España. El mismo gen que nos hace liderar el ranking de los trasplantes de órganos, el mismo que hace colas kilométricas para donar sangre, el mismo que abandona huelgas para unirse al necesitado.

Quiero que esta entrada quede como un sentido homenaje para todas las víctimas y sus familiares. Y también para todos aquellos anónimos que se han dejado el cuerpo y el alma en ayudar, en aportar, en sumar en un intento sentido de minimizar el dolor de los necesitados.

En tragedias como esta se pone en valor la utilidad, el valor y la razón de ser de los servicios públicos (Cuerpos de Seguridad, bomberos, sanitarios) tan maltratados últimamente por un Gobierno y un sistema político (los que estuvieron, están y estarán) que indirectamente parecen ser culpables por la falta de mantenimiento y renovación de los sistemas de frenado.

Esta entrada no pretende buscar responsables. No hablaré de las declaraciones previas de un maquinista que quedará esclavo de sus palabras, ni del mantenimiento ferroviario, ni de los infortunios del azar.

Pero sí quiero aprovechar esta entrada para compartir una realidad poco conocida para otra reciente catástrofe, la de los atentados de Boston, en la que se ha conocido como la otra tragedia de los sobrevivientes del atentado de la Marathon de Boston, donde sus víctimas tienen que acarrear y enfrentarse a una deuda impagable con la Sanidad Pública que no cubre socialmente a los ciudadanos. Me ha parecido conveniente en los tiempos de crisis actual, reflejar quienes somos, de donde venimos y hacia donde (algunos) quieren que vayamos:

Leer noticia:

Víctimas de Boston enfrentan millonarias cuentas médicas

El atentado dejó cientos de heridos y para muchos las cuentas médicas podrían superar con creces los 30 millones de pesos.

A medida que pasan los días Boston vuelve a la normalidad y la justicia sigue el proceso contra el supuesto terrorista Dzhokhar Tsarnaev, los cientos de heridos que dejaron los atentados en la maratón comienzan a vivir su segundo drama.

Y es que varios de ellos deberán afrontar millonarias cuentas médicas para poder rehabilitarse y superar las serias lesiones que provocaron los bombazos.

La amputación de una pierna puede costar unos 9,5 millones de pesos, las prótesis superan los 23 millones y a eso se le deben sumar varios ceros más con las terapias posteriores.

Es por esto que amigos y familiares de las víctimas han comenzado una serie de campañas, principalmente por redes sociales, para reunir fondos de asistencia a los heridos.

Por ahora, el gobernador de Massachusetts, Deval Patrick, y el alcalde de Boston, Thomas Menino, instalaron un fondo de ayuda para los sobrevivientes bajo el nombre One Fund Boston, donde se han reunido mas de 20 millones de dólares en donaciones individuales.

Recientemente la National Football League (NFL) anunció que entregará 100 mil dólares para los heridos.

Las víctimas también recibieron el apoyo de soldados que han sufrido la amputación de alguna de sus extremidades con un video en homenaje, donde los alientan a salir adelante y no dejar de hacer "cosas entretenidas".

Quiero terminar esta entrada con una frase que he leído en el blog de Juan Ignacio Gallardo, subdirector del Diario Marca, que comparto totalmente:

“Cuando la muerte, traicionera, se cruza en el camino, algunos no necesitamos comprobar la crudeza de su guadaña en imágenes perturbadoras: Prefiero recordar a las víctimas con una sonrisa en el rostro. Y créanme: duele igual.”



Descansen en paz



ANEXOS

FICHA DE DATOS GENERALES

Recogida de datos de la persona implicada y evaluada por el equipo de Salud Mental

FICHA DE DATOS FAMILIARES

Recogida de información a través de los familiares implicados en el proceso

DOCUMENTO PARA FAMILIARES. GUÍA PARA LA ATENCIÓN A MENORES

RECOMENDACIONES PARA FAMILIARES Y ACOMPAÑANTES DEL DUELO

Anexo 1. Ficha de datos generales

	Fecha	Hora
Suceso		
Aviso		
Intervención		

Lugar del suceso:

Técnico

Nombre	
Localización	

Datos de la fuente que informa

Nombre	
Cargo / Entidad	
Tif.	
Localización	

Descripción del suceso

Pérdidas materiales:
Pérdidas humanas:

Situación actual

--

Entidad	Teléfonos	Nombre representante y / o dirección
Hospital/es		
Ayuntamiento		
Bomberos		
Protección civil		
Tanatorio		
Médico / ATS		

Anexo 2. Ficha de datos familiares

Afectado/a

Nombre, apellidos	
Sexo y edad	
Domicilio	
Estado actual	
Localización	

Profesional referente	
-----------------------	--

Familiares
Allegados

Parentesco	Nombre / apellidos	Edad	Tlf / Dirección

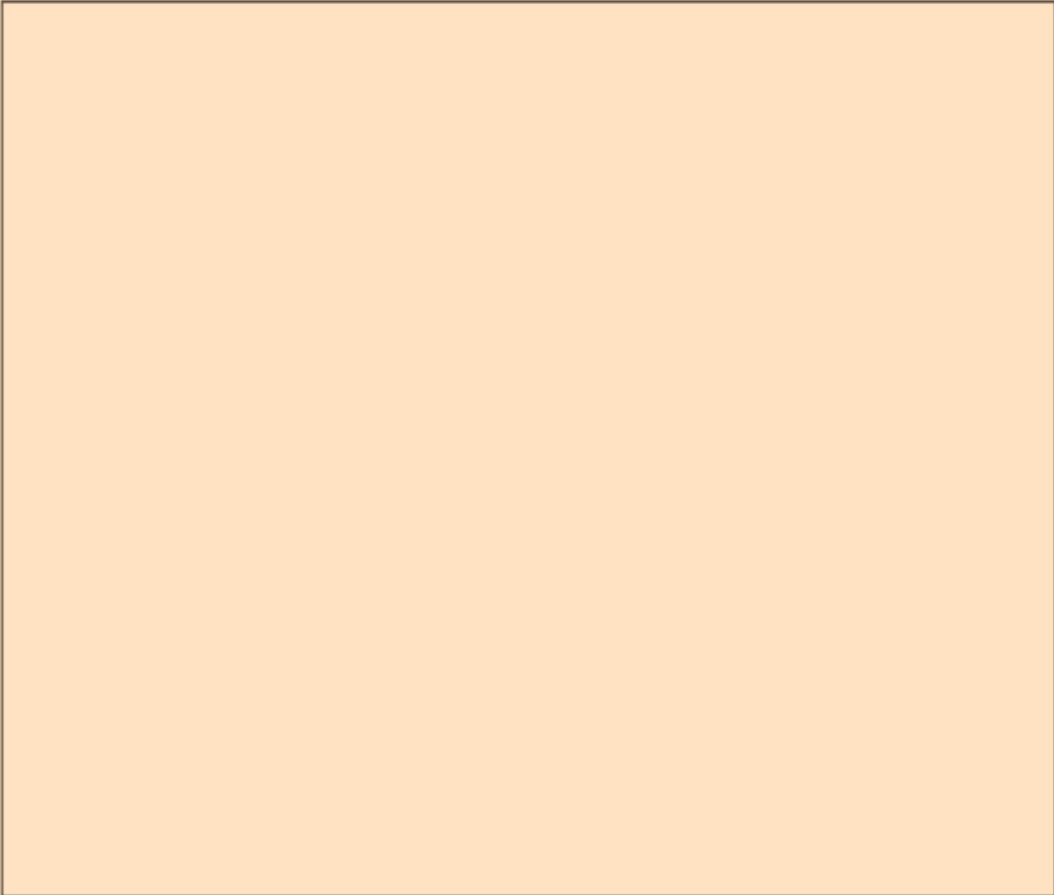
Representante Familiar 1

Parentesco	Nombre / Apellidos	Edad	Tlf / Dirección
Datos de interés:			

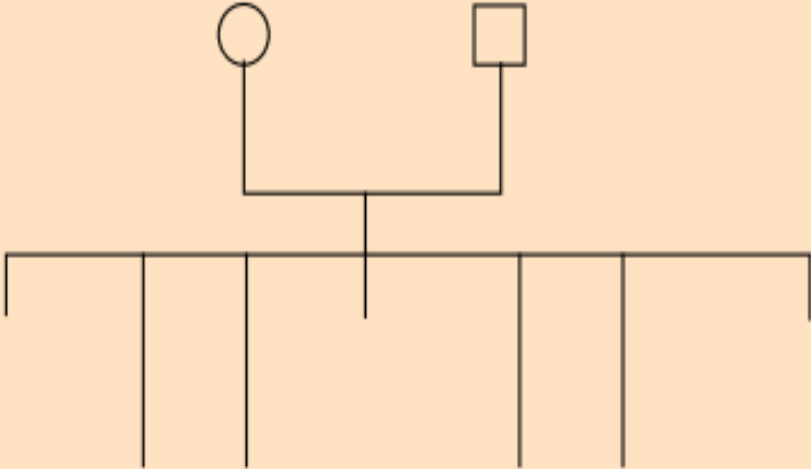
Representante Familiar 2

Parentesco	Nombre / Apellidos	Edad	Tlf / Dirección
Datos de interés:			

Observaciones



Familiograma



Anexo 5. Documento para familiares. Guía para la atención a menores

Cómo ayudar a los niños al afrontamiento de la muerte y de situaciones traumáticas derivadas de una crisis (desastre, accidente...), es algo que preocupa a los padres y allegados, tanto en el momento de la crisis como posteriormente. A continuación, se presenta este documento que pretende dar información a los familiares de menores sobre aspectos básicos a tener en cuenta para facilitar dicho afrontamiento, fundamentalmente, en los días posteriores al acontecimiento traumático.

¿Cómo actuar ante un trauma?

Los niños que se ven afectados por un desastre (con presencia de muerte de familiares...) son sensibles a la reacción y al llanto de los adultos, a los cambios de rutina de la casa, a la ausencia de contacto físico con la persona/as fallecida/as. Es decir, se dan cuenta de que algo pasa, y les afecta. Por tanto, no debe apartarse de la realidad que les está tocando vivir con el pretexto de ahorrarle sufrimiento.

1. Dar la noticia

- La noticia de la muerte del familiar debe dársele a ser posible uno de los padres, un familiar o una persona cercana con la que el niño tenga confianza y un lazo afectivo importante. En caso de que usted tenga dudas sobre cómo decírselo, qué palabras emplear, etc. no dude en solicitar ayuda del Psicólogo/a.

- Es necesario dar la noticia lo antes posible, pasados los primeros momentos de confusión y dramatismo (que debe evitarse que los niños lo presencien).

- No debe mentirse al niño, ni darle la noticia en términos que pueda malinterpretar (relacionando la muerte con el sueño o un viaje).

- La información debe ser clara y simple. Debe adaptarse a la edad del niño y a su capacidad de comprensión. Debe darse la información que el niño necesite, él marcará los límites, dejad que realice preguntas con normalidad.

2. Tipos de reacciones presentadas por los menores después de la situación de crisis

Las reacciones a la crisis pueden aparecer inmediatamente después del acontecimiento o en los días o semanas posteriores. A continuación presentamos algunos de estos síntomas. Su presencia

puede ser NORMAL en estos casos, no se alarme. Solo en el caso de que sean conductas claramente inapropiadas (consumo de tóxicos, conductas suicidas...), muy intensos o se alarguen en el tiempo, deberá consultarse con los profesionales especialistas. Si tiene usted alguna duda sobre estos síntomas o aparece algún comportamiento que piensen pueda ser anómalo, consulte con uno de los Psicólogos/as del Equipo.

Niños de 5 o menos años

Los síntomas que pueden aparecer son:

- Cambios en el humor y comportamiento.
- Síntomas de ansiedad: gritan más o no tienen ganas de jugar; juegos violentos...
- Miedo a la separación física de padres: gritan, lloran con más frecuencia (No debe inhibirse el llanto de un menor, permanezca a su lado mostrando cariño y apoyo).
- Retroceso en etapas evolutivas (chuparse el dedo, orinarse de nuevo, miedo a la oscuridad...).

Niños de 6 años y menores de 11

- Realización de comportamientos más infantiles.
- Silencios prolongados.
- Problemas de sueño: Pesadillas, terrores nocturnos...
- Irritación.
- Negarse a ir al colegio.
- Falta de concentración.
- Disminución en el rendimiento.
- Llorar (tal y como se plantea en el apartado anterior).
- Quejas sin causa física.
- Aislamiento.
- Preguntas sobre la muerte.
- Presencia de problemas de comportamiento como mentir y robar.
- Problemas de alimentación (dejar de comer o comer en exceso...).

Adolescentes

- Retraimiento.
- Cansancio.
- Problemas de alimentación.
- Problemas de sueño.
- Cambios importantes en el rendimiento escolar.
- Abuso de sustancias tóxicas (alcohol, otras drogas...)
- Cambio repentino de amistades.
- Hostilidad.
- Querer suicidarse.
- Hablar de cosas peligrosas o manifiestas llamadas de atención.
- Llorar (tal y como se plantea en el apartado anterior).

Nota: En algunas ocasiones, y a cualquier edad, los menores reaccionan como si no hubiera pasado nada. Este tipo de reacción, por norma general, se manifiesta de forma negativa tras unas semanas o meses en las que aparecen comportamientos anómalos. Para ayudar en el proceso de duelo es conveniente facilitar la respuesta de desahogo, rabia e información en los menores y no actuar como si no ocurriera nada.

3. Comunicarse con el niño en los días posteriores al acontecimiento

- Debe hablarse con el niño sobre lo sucedido, tener conversaciones con él adaptando las explicaciones y el vocabulario a su edad y madurez. Escuchándolo y haciéndole preguntas, intentando descubrir lo que sabe sobre la situación y cerciorándonos de que entiende los hechos: si lo que saben o dicen es una visión equivocada de lo ocurrido, debe corregirse y explicarse con normalidad y desde una perspectiva realista. Debe mantenerse una actitud de escucha cuando quiera hablar, siempre será el momento oportuno. Se deberá hablar del fallecido con naturalidad. Es bueno preguntarle sobre sus propias sensaciones, temores y angustias.

- Responder a las preguntas que haga sobre lo ocurrido, si no hace preguntas, incitarlas. En el caso de que haga preguntas que no sabemos responder, responder que no lo sabemos y que nosotros también nos hacemos las mismas preguntas.

- Ser buenos modelos de expresión de sentimientos, no escondiendo el dolor sino expresándolo con normalidad y de forma adecuada. Puede hablarse de nuestras propias preocupaciones y emociones, de forma sencilla. Debe cuidarse el tono emocional: el niño se dará cuenta de que los adultos están tristes y que lo sienten como él, pero no debe percibir que han perdido el control.

- Facilitarles la expresión de sentimientos y ayudarles a ponerles nombre. A veces tendremos que permitirles el llanto y el enfado como formas de expresión del dolor. También podemos ayudarles a expresar sus sentimientos mediante el juego o dibujos en caso de los más pequeños.

- Si presencié el hecho, debe facilitársele el que hable sobre ello a través de conversaciones en casa sobre lo sucedido.

Anexo 6. Recomendaciones para familiares y acompañantes del duelo

Las recomendaciones que aparecen a continuación, pretenden servir de orientación a todas aquellas personas que quieran saber cómo deben de actuar a la hora de prestar ayuda a alguien que ha sufrido una situación de crisis o pérdida recientemente.

Si bien estas pautas le resultarán de utilidad, en algunos casos no serán suficientes, siendo recomendable acudir a un profesional que pueda proporcionar una atención especializada en lo relativo al afrontamiento del duelo.

1. Es importante acompañar al afectado y mostrarle tu disponibilidad y afecto. La forma más básica, directa y eficaz de hacerlo en estos momentos es a través del contacto físico (abrázale, coge su mano, etc.).

2. Deben permitirse y facilitarse la expresión de los sentimientos de dolor, tristeza, rabia, etc., sin censurarlos, criticarlos, ni salir huyendo cuando aparezcan. Se puede favorecer el desahogo emocional escuchando de forma activa, no interrumpiendo el discurso. No es adecuado contar sucesos similares ni usar frases hechas del tipo: *"Es la voluntad de Dios, así dejó de sufrir, no somos nadie, sé fuerte por los niños, la vida sigue, tienes toda la vida por delante"*... Escuchar es lo más importante. Si no sabes qué decir, no digas nada. No digas cosas de las que no estés seguro o no sean ciertas. El silencio no tiene por que ser negativo, límitate a estar ahí, acompañando, escuchando y consolando. Reconoce la importancia del suceso, sin minimizar ni juzgar –cuidado con otros comentarios como: no pasa nada, podría haber sido peor, ya verás como lo superas...

3. Tampoco deben evitarse las situaciones, conversaciones u objetos que recuerden al fallecido o hecho traumático, dado que así dificultamos el afrontamiento y aceptación de lo sucedido. Resulta especialmente recomendable participar en todos los actos organizados en torno al apoyo social a la víctimas y familiares (misas, funerales, manifestaciones, homenajes, etc.).

4. Intentar normalizar en la medida de lo posible los hábitos cotidianos de sueño, comidas, cuidados personales y la rutina diaria (trabajo, relaciones sociales, familia,...). Es importante saber que cada persona tiene una forma y ritmo diferente de afrontar estas situaciones, por lo que la vuelta a la "normalidad" deberá respetar esas diferencias.

5. No debemos esperar a que el afectado nos busque o llame. Debemos tomar la iniciativa, llamarle y/o visitarle. No basta con decir: *" llámame o ven a casa si te encuentras mal"*. Cuando uno se siente tan mal, no suele tener ganas de llamar por teléfono o arreglar-se para visitar a otros.

6. Es importante mantener el contacto y apoyo, sin interrumpirlo bruscamente. Es habitual que durante los primeros días, el apoyo y las visitas sean muy numerosas, pero estas suelen reducirse drásticamente con el paso del tiempo. Especialmente importante es colaborar y acompañar en fechas señaladas (Navidad, cumpleaños, día fallecimiento, etc.), en las que es muy recomendable que se una y participe toda la familia.

7. La ayuda en las tareas cotidianas (comida, lavado/planchado de ropa, arreglar algo,...) y en los trámites administrativos (registro, bancos, seguros,...), es un aspecto que no debe posponerse y que es susceptible de recibir nuestra ayuda. Pero, sin embargo, debemos tener en cuenta no hacerlo excesivamente dependiente de nuestras ayudas y gestiones.

8. Intentar facilitar que la persona pueda retomar de forma gradual actividades agradables (de ocio y tiempo libre).

9. Tanto participar en grupos de autoayuda integrados por personas que han pasado por una situación similar, como escribir al afectado una carta o tarjeta en la que demuestre su preocupación y apoyo al doliente, pueden ser dos formas efectivas de ayudar en el proceso de duelo.

10. Durante este periodo, aumenta el riesgo de que se desarrollen determinadas enfermedades o que empeoren las presentes. Por esta razón, es bueno apoyar y animar a que realice actividades que prevengan enfermedades y que mantengan la salud (ejercicio físico, acudir al médico, hábitos alimentarios adecuados).

11. Es importante estar atento a posibles reacciones anormales o desproporcionadas en el proceso de duelo. En caso de duda consulte con un psicólogo/a del Equipo de Servicios Sociales.

Estos consejos podrían resumirse aún más en estas tres grandes reglas:

Muéstrate cercano (el contacto físico es fundamental) y ofrece tu compañía y ayuda.

Escúchale y permite que se desahogue.

Da información veraz y transmite calma y seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

Real Decreto 32/2009, de 16 de enero, BOE núm. 32. Sec. I. Pág. 12630. Protocolo nacional de actuación Médico-forense y de Policía Científica en sucesos con víctimas múltiples.

Moya V, Roldán, B, Sánchez JA. Odontología Legal y Forense. Ed. Masson. Barcelona, 1994.

Reverte JM. Antropología Forense (2ª edición). Ministerio de Justicia (Madrid), 1999.

Sánchez JA. Desastres de masas: legislación y tipos de accidentes. Rev. Esp. Med. Leg. XXI (78-79): 51-56. 1997.

Rodes Lloret, F, Martí Lloret JB. Antropología Criminológica. Universidad Miguel Hernández, 2001.

FERRE F. Ponencia en las I Jornadas sobre la situación actual de las secuelas psicológicas de las víctimas del terrorismo. Alto Comisionado de Apoyo a las Víctimas del Terrorismo. Madrid. 2005. 21-33.

DEBRIEFING: UNA REVISIÓN ACERCA DE LA POLÉMICA ACTUAL

Num. 3, Vol.2. Año 2004. Cuadernos de Crisis. Revista semestral de psicología de las emergencias y la intervención en crisis.

American Psychiatric Association, A.P.A. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Cárcamo Jaime, Sánchez-Lacay Arturo, Lewis-Fernández Roberto. El impacto psicológico de los ataques terroristas del 11 de septiembre de 2001 en la ciudad de Nueva York: el trastorno por estrés postraumático y la recuperación de una ciudad traumatizada. Rev. chil. neuro-psiquiatr.

Manual de Intervención psicológica y social en víctimas de terrorismo: 11-M. Zapardiel Fernández A., Balanzat Alonso S. España, 2009

Terrorismo y Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III

Allen, J.R., After the bombing: public scenarios and the construction of meaning. J Okla State Med Assoc, 1999 92 (4): 187-92.

Benyakar M. Salud mental en situaciones de desastres: nuevos desafíos. Revista de Neurología Neurocirugía y Psiquiatría de México 2002;35 (1): 3-25.

Cohen R. Mental health services for victims of disasters. World Psychiatry 2002; 1: 149-153.

Croq L. Panorama des séquelles des traumatims psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatique et autre séquelles. Psychol Med (Paris) 1992; 24: 427-32.

Intervención psicológica ante situaciones de emergencias y desastres. Diputación de Córdoba

