

**ASPECTOS PSICOLOGICOS PRESENTES
DURANTE LOS DESASTRES**

ILEANA PETRA

**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM**

ASPECTOS PSICOLÓGICOS PRESENTES DURANTE LOS DESASTRES

Cuando el médico se tiene que enfrentar a un desastre, sea éste natural (inundaciones, temblores, huracanes) o resultado de acciones humanas (incendios, bombas, terrorismo), nunca se siente adecuadamente preparado para afrontar el dolor y sufrimiento humano que va a encontrar; de ahí la importancia de conocer las reacciones psicológicas más frecuentes que se presentan en esas situaciones.

Como punto de partida, mencionaremos la definición de desastre ofrecida por Fritz: "Desastre es un evento, concentrado en tiempo y espacio, en el cual la sociedad o una subdivisión de la sociedad, participa en un peligro severo, y que provoca en sus miembros tales pérdidas y tales trastornos físicos que la estructura social se disrumpe y el logro de todas o algunas de sus funciones esenciales dejan de realizarse".

Visto en este contexto, un desastre es un suceso que trastorna el funcionamiento vital de una sociedad y afecta al:

- a) Sistema biológico de sobrevivencia (alimentación, cobijo, salud, reproducción).
- b) Sistema de orden (división del trabajo, patrones de autoridad, normas culturales, roles sociales).
- c) Sistema de significados (valores, definiciones compartidas de realidad, mecanismos de comunicación).

Lo anterior se refleja psicológicamente en el individuo con la apa-

rición de síntomas de depresión y estrés, que dentro de la clasificación del DSM-III-R (Clasificación de las Enfermedades Mentales según la Asociación Psiquiátrica Americana), se conoce con el nombre de trastornos por estrés postraumático y que se atribuye a un individuo que ha vivido un acontecimiento que se encuentra fuera del marco habitual de las experiencias humanas y que se considera marcadamente angustiante para casi todo el mundo.

Las experiencias traumáticas que con mayor frecuencia producen estrés durante un desastre son la destrucción súbita del propio hogar o de la comunidad y el observar cómo alguna persona se lesiona gravemente o muere, especialmente si ésta es un amigo o pariente próximo.

Dentro del estudio de las víctimas de los desastres es necesario distinguir aquellos provocados por el hombre, de aquellos naturales, pues varían en términos de:

- 1) Las fases emocionales por las cuales pasan después del desastre.
- 2) Los síntomas psicológicos que sufren y
- 3) El proceso social al cual se enfrentan (FREDERICK).

Se hace la distinción por la forma en que la víctima se percibe a sí misma dentro del fenómeno. Si el desastre fue natural, el individuo lo considera un evento totalmente fuera de su control; pero cuando el desastre fue producido por hombres, a veces la víctima se percibe, por lo menos parcialmente, como responsable de su destino; Krupnick y Horowitz señalan que la violencia en los desastres inducidos por el hombre genera

sentimientos de humillación y vergüenza. Este fenómeno no ha sido reportado en los desastres naturales.

En el cuadro 1, se señalan las diferencias psicológicas más frecuentes entre los desastres de origen natural y los provocados por el hombre. Es importante notar que aunque el cuadro muestra las distinciones, éstas no siempre son fáciles de observar en el momento del evento.

Los acontecimientos traumáticos personales y los desastres ponen en movimiento en el individuo una reacción programada cuyo fin es restaurar un equilibrio entre el yo interno, el mundo que lo rodea y las nuevas realidades. Esto incluye un proceso de duelo por lo perdido y las lesiones sufridas, así como un proceso de adaptación a nuevos modelos de existencia. Hay un período de preparación para iniciar los planes del futuro, que incluye la posibilidad de que se repita el fenómeno estresante.

El problema psicológico después de un desastre es tan frecuente como lo señala la Agencia Norteamericana para el Desarrollo Internacional en un estudio longitudinal de los desastres que se han producido en el mundo (exceptuando Estados Unidos), en el cual reporta que en este siglo hubo 2392 desastres en el mundo, y de ellos el 86.4% ocurrieron en países en desarrollo, dando lugar a un total de 12 millones de muertos y 1.4 billones de individuos afectados. El 78% de todos los muertos se presentaron en países en desarrollo, en donde se halla el 97.5% de todos los sobrevivientes afectados. Es interesante señalar que la relación entre los lesionados y los muertos es de 2.9 en favor de los lesionados en los países desarrollados, pero es 10 veces mayor en países tercermundistas,

CUADRO 1
EFFECTOS DE LOS DESASTRES NATURALES VS. LOS INDUCIDOS

DESASTRES NATURALES

DESASTRES INDUCIDOS

F A S E S

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. Impacto inicial 2. Heroísmo 3. Incredulidad 4. Desilusión 5. Reorganización | <ul style="list-style-type: none"> 1. Impacto inicial 2. Aceptación 3. Interacción con los perpetradores 4. Desintegración 5. Rendición |
|--|--|

SINTOMAS PSICOLÓGICOS

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Depresión - Fobias por el evento - Pocos sentimientos de culpa por la mala suerte de las víctimas. - Paranoia con respecto a los representantes gubernamentales. | <ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Depresión - Fobias por el evento - Sentimientos de culpa por estar en esas circunstancias. - Leve molestia por la actitud de los representantes gubernamentales. |
|---|---|

PROCESO SOCIAL

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de pérdida - Aceptación a los otros por estar el evento totalmente fuera de su control. - No hay duda por parte de los otros en cuanto a lo genuino de las quejas. - Cohesión social por poco tiempo. | <ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de pérdida - Rechazo a los demás, presuponiendo la intervención indirecta de la víctima. - Hay duda de lo genuino de las quejas. - Cohesión de los afectados por largo tiempo. |
|--|---|

lo que implica un número elevado de víctimas que sobreviven al impacto y que requieren un manejo de sus necesidades biopsicosociales.

En México, las respuestas de las víctimas del sismo de 1985, pusieron de relieve una primera fase constituida por el choque o impacto en la cual un 75% de ellos respondió normalmente con descontento y miedo, y actuando en forma más o menos automática. Entre el 12% y el 25% reaccionó con seriedad y algunos asumieron liderazgos y de inmediato iniciaron actividades de rescate. El restante 10 a 25% mostró respuestas descompensadas: pánico, llanto y gritos histéricos o confusión, angustia desbordada y disociación o confusión mental.

La respuesta inmediata al desastre con el miedo que éste provoca fue llamado por Horowitz "el grito", que es cuando el individuo se da cuenta de la amenaza y lo asocia con memorias previas, unas veces reales y otras irreales, que forman parte de nuestros recuerdo (ver cuadro 2).

CUADRO 2
FASES DE RESPUESTA A UN EVENTO ESTRESANTE



Cada persona progresa por estas fases a diferente paso. Algunos llegan a tener un periodo prolongado de negación que puede durar semanas o

meses antes de que se evidencien respuestas emocionales al desastre. Esta fase descrita en el cuadro 3, se caracteriza por aturdimiento y amnesias que permiten al individuo esconder sus sentimientos hacia sí mismo, es un esfuerzo por lograr el equilibrio perdido, más el resultado es sólo temporal y es fundamental que el individuo atraviese por todas las etapas.

CUADRO 3
SIGNOS Y SINTOMAS DURANTE LA FASE DE NEGACION

- Aturdimiento,
- Inatención selectiva .
- Inhabilidad para apreciar estímulos significativos .
- Amnesia (completa o parcial).
- Desconocimiento del significado del estímulo .
- Presencia de fantasías para contrarrestar la realidad.
- Sensación de enturbamiento o irrealidad.
- Sobrecontrol del estado mental.
- Alteraciones del sueño (insomnio, hipersomnia).
- Respuestas tensionales del sistema nervioso autónomo (síntomas gastrointestinales, fatiga, cefalea).
- Sobreactividad para alterar la atención.
- Alejamiento de las actividades de la vida diaria.

Algunas víctimas no pasan por la fase de negación sino que presentan directamente respuestas emocionales de la fase de intrusión o intromisión, como está explicado en el cuadro 4, las cuales son más aparentes cuando el individuo está tratando de descansar y sus defensas cons-

CUADRO 4
SIGNOS Y SINTOMAS PRESENTES DURANTE LA FASE
DE INTROMISION O INTRUSION

- Hipervigilancia (¿cuándo volverá a pasar?)
- Reacciones de sorpresa (¿eh, qué pasa?)
- Ilusiones o pseudoalucinaciones (siento que está temblando otra vez).
- Pensamientos, imágenes, emociones y conducta de intromisión. Se repite varias veces en su mente una misma trágica escena.
- Asociaciones generalizadoras (a todos les fue mal).
- Inhabilidad para concentrarse en otros tópicos por estar preocupados por temas relacionados con el evento.
- Confusión o interrupción del pensamiento al pensar en temas relacionados con el suceso (algunos recuerdos no están muy claros).
- Labilidad o explosividad emocional (presentan llanto o ira por estímulos insignificantes).
- Alteraciones del sueño durante la noche.
- Sensaciones relacionadas con el sistema de huida o alertamiento (temblores, náuseas, diarreas, sudoración).
- Búsqueda compulsiva de personas o situaciones perdidas (¿podrán aún estar con bien?).

cientes se relajan, permitiendo la entrada de memorias y fantasías desagradables que se traducen en síntomas como inhabilidad para concentrarse en otros tópicos, por estar preocupado por temas relacionados con el evento.

Debido a que el período de negación es a veces muy largo, el sujeto puede sorprenderse del inicio de la fase de intromisión, por lo que es importante asegurarle que esto es normal.

La mayor parte de los individuos no se sienten sorprendidos si muestran emociones de miedo o tristeza, pero difícilmente comprenden por qué a veces llegan a experimentar ira, culpa o vergüenza ante sus pérdidas.

La ira es difusa y está dirigida a cualquier persona, por lo que tiene un carácter irracional; es decir, carece de sentido. Varios autores consideran que su origen es la sensación de frustración e impotencia que se traduce en esa ira ilógica. La culpa o vergüenza se refiere al pensamiento mágico de "¿por qué yo viví y otros murieron?" o a "¿qué pude haber hecho y no hice para salvar la vida de alguna persona?"

En pocas semanas, la persona normal (que no ha perdido a un ser querido) se ha enfrentado a los hechos y procura ir buscando soluciones y formas para adaptarse a sus nuevas situaciones. Si murió una persona cercana, rara vez resuelve su problemática emocional antes de uno o dos años.

Los rasgos caracterológicos y las experiencias personales preexistentes pueden interferir con la respuesta adaptativa después de un desastre, por lo que es básico tener en mente lo siguiente al estar tratando

a los afectados:

- 1.- Una persona que ve como lógica la causalidad mágica de las cosas, considera que las creencias y los pensamientos negativos anteriores condujeron a su situación actual. Por ejemplo: creer que las predicciones hechas antes del temblor por astrólogos fueron ideadas por personas que saben, olvidándose de tantas otras que nunca se cumplieron.
- 2.- La persona que ha presentado un conflicto importante durante una situación significativa similar al desastre (accidentes, muertes, etc.), reacciona con frecuencia uniendo los dos eventos e intensificando su respuesta emocional. Ejemplo: individuo que pierde a su pareja en un accidente, y un hijo durante el desastre, que lamenta la pérdida de ambos y manifiesta síntomas de un "doble" duelo.
- 3.- La persona que tiene como costumbre usar mecanismos de defensa patológicos, como la proyección extrema, tiende a externar por este medio situaciones emocionales internas, lo que utiliza para distorsionar la memoria sobre el desastre. Ejemplo: recuerda con ira cómo nadie vino a ayudarlo, cuando fue él el que nada hizo.
- 4.- Una persona que habitualmente usa la fantasía para reparar las heridas y pérdidas tiene dificultad para llevar a cabo realísticamente una evaluación de las implicaciones personales del desastre. Ejemplo: considera que sigue viva gracias a la inteligencia y amor de su perro que la sacó a pasear, lo que la salvó de

estar en ese lugar, y convierte al perro en su máximo amor.

- 5.- La persona puede poseer autoconceptos de incompetencia latentes o conflictos interpersonales que se activan a consecuencia del desastre. Creer, por ejemplo, que ella no fue capaz de salvar a nadie porque nunca le han salido bien las cosas.
- 6.- La fatiga biológica por estrés agudo o crónico anterior al incidente, puede facilitar que en un individuo se desencadene un estado depresivo como una respuesta de emergencia, lo que da lugar a la exacerbación de las reacciones somáticas anteriores. Estas reacciones pueden dificultar la adaptación psicológica y aumentar aún más el estrés.

Lo señalado anteriormente se refiere a aspectos caracterológicos que cualquier individuo puede presentar, pero que si van aunados a la presencia de desórdenes emocionales previos, lo hacen reaccionar ante la catástrofe magnificando su trastorno (intensificación patológica), así como la respuesta que tendría y que no desaparece en semanas si no se le brinda una atención especializada.

En el cuadro 5, podemos ver fases de reacción ante un evento y la forma en que se enfrenta el individuo a él, y compararla con las "intensificaciones patológicas" que deben hacernos conscientes de que esa víctima requiere de ayuda especializada.

CUADRO 5

RESPUESTAS FRECUENTES A EVENTOS SERIOS DE LA VIDA

EVENTO Y ENFRENTAMIENTO HABITUAL	INTENSIFICACIONES PATOLOGICAS
1) Impacto	1) Confusión, aturdimiento
2) Grito o choque - conciencia de problema-	2) Pánico, psicosis reactiva disociativa.
3) Negación	3) Evitación maladaptativa (aislamiento, abuso de alcohol o fármacos, frenesí, contrafobia, estado de fuga).
4) Intrusión	4) Presencia de estados sobrecogedores e impulsivos: - Desesperación - Dificultad para trabajar y socializar. - Reactuaciones compulsivas.
5) Aprendizaje del manejo de: - Significados. - Duelo. - Nuevos planes. - Finalización de la respuesta.	5) Presentación de: - Reacciones ansiosas y depresivas. - Disrupciones psicológicas.
	6) Inhabilidad para trabajar, crear o sentir emociones, lo que actúa como un trastorno del carácter.

Otros factores clínicos a considerar al tratar con individuos o grupos durante o después de un evento de esta índole son:

- 1) "La membrana traumática" y su concepto asociado, "el ambiente de recuperación", descrito por Lindy.
- 2) "La supremacía del evento traumático" y su concepto asociado "la configuración especial del evento traumático"; también descrito por Lindy.
- 3) El concepto de "culpa del sobreviviente", expuesto por Lifton.
- 4) El "duelo retrasado" desarrollado por Linderman.

"La membrana traumática" es un término acuñado por Lindy con el fin de explicar por qué en ocasiones es tan difícil acercarse a los sobrevivientes que presentan alguna psicopatología después de un desastre.

Las víctimas tienen imágenes, recuerdos y otros síntomas dolorosos que desean evitar (negación, intrusión), por lo que sí quieren ayuda pero temen acordarse del evento, y nace un fenómeno parecido al observado en las células heridas que forman una nueva membrana traumática que protege a la célula durante el proceso de restauración; esta membrana evita la entrada de estímulos nocivos o material extraño que puede molestar a la célula herida, pero que selectivamente permite el paso de aquellos agentes que facilitan la curación.

La membrana del sobreviviente es su familia o la comunidad, que forman alrededor de ese individuo un espacio o "ambiente de recuperación" y sólo permiten la entrada de personas altamente respetadas o aceptadas por los líderes. Si esos dirigentes no están convencidos de la bondad de lo ofrecido por el personal de salud, impedirán el acceso a los damnifica-

dos. Su negación puede ser verbal como falta de cooperación, emisión de información equivocada, etc.

El concepto de "supremacía del evento traumático", se refiere a una condición en que aparentemente la víctima ha solucionado y aceptado las emociones que lo embargan y se ha enfrentado a las nuevas situaciones, pero al cabo de unos meses presenta síntomas que concuerdan con el diagnóstico de trastornos por estrés postraumático y que pueden ser erróneamente diagnosticados como otra alteración (psicosis).

"La configuración especial de los eventos traumáticos" es una noción útil para facilitar la fase de consolidación en la alianza terapéutica (relación médico-paciente), que se refiere fundamentalmente a la sensibilidad que manifiesta el terapeuta/médico ante los problemas que le refiere el paciente, que con frecuencia puede relacionar el desastre con algún otro evento desagradable de su vida y estar expresando ambos simultáneamente.

"La culpa del sobreviviente", descubierta por Lifton en 1967, en su primera fase, consiste en atribuir a cualquier insignificante decisión de su parte la culpa de mucho del daño causado, como si el haber estado en otro lugar en ese momento hubiera podido evitar lo sucedido.

La culpa convierte una experiencia pasiva de impotencia extrema, en una experiencia activa de excesiva responsabilidad.

"El duelo retardado" (LINDERMAN, 1944), se presenta en individuos que han prolongado la negación o la intromisión y que no se han permiti-

do el lamentar las pérdidas sostenidas, antes de la cual no podrán iniciar la reconstrucción de su vida.

MANEJO PSICOLOGICO PRIMARIO EN EL SITIO DEL DESASTRE

El médico además de su trabajo como agente curativo, tiene que considerar que el individuo es un ser bio-psico-social, de ahí que con frecuencia y con la ayuda del equipo de salud, colabore en la localización de los seres queridos de la víctima, escuche, dé explicaciones y conforte a los pacientes.

Su participación en la crisis puede ser descrita de la siguiente manera:

1. Facilita la expresión verbal de los pacientes.
2. Favorece la catarsis con el fin de poder penetrar la membrana traumática y el ambiente de recuperación para fomentar su curación.
3. Ayuda a superar la etapa de negación al estimular al paciente a vocalizar su miedo, su frustración, etc.
4. Comprende y tolera las reacciones de enojo o rechazo que se puden ir presentando.
5. Ofrece al individuo formas en que éste puede actuar, pues la inactividad favorece la aparición de ideas intrusivas.
6. Reconoce a aquellas víctimas que están reaccionando en forma patológica para canalizarlas hacia un tratamiento especializado.

Para las comunidades o grupos sociales las acciones que se recomiendan son:

- a) Establecer un buen funcionamiento grupal; para ello hay que definir con claridad los niveles de autoridad y liderazgos dentro del núcleo.
- b) Fomentar las actividades de autoayuda dentro de los mismos afectados con el fin de favorecer la reestructuración de su organización interna (proyectos de reconstrucción de vivienda, trabajo, etc.).
- c) Promover actividades creativas que permitan encauzar y canalizar de una manera saludable las reacciones emocionales por las que necesariamente atraviesan los damnificados. Ejemplo: que ellos elaboren las soluciones a sus problemas y no resolverse los. La inactividad es perjudicial por detener el proceso de autoayuda necesario para que el grupo avance por su proceso de reorganización.

El médico que procura realizar estas actividades puede estar seguro de que ha colaborado al avance del proceso de solución del trastorno por estrés postraumático, el cual afortunadamente remite, en la mayoría de los casos, cuando existe apoyo del médico.

En cuanto a sí mismo y sus colaboradores, deben ser conscientes de que sus propias fantasías de rescate y heroísmo puedan verse frustradas al no ser capaces de alterar o revertir muchas de las situaciones trágicas que vive. Es posible que crean que si trabajaran más los resulta-

dos podrían ser diferentes.

El médico debe recordar que en él se van a conjuntar:

- a) Su sentido de fracaso por falta de progreso.
- b) Las víctimas que esperan milagros que él no podrá cumplir.
- c) Las víctimas que canalizan hacia el médico toda su hostilidad, frustración y sentimientos de impotencia.
- d) La desorganización y el poco, insuficiente o improvisado material médico.

Todo lo anterior puede conducir a fatiga extrema, sensación de impotencia, ira y estrés. Para evitar este síndrome, el médico debe estar consciente de que esto puede ocurrir y segundo debe de comentar sus sentimientos con su supervisor o compañero, pues la comunicación libera tensiones y vuelve a poner en una perspectiva más realista el trabajo que ahí ejecutan.

En general el tratamiento especializado es una psicoterapia que de acuerdo con la persona afectada puede ser breve (12 sesiones) o larga (más de 12 sesiones o consultas). En el cuadro 6 se describen los pasos que sigue un psiquiatra en una terapia breve de 12 sesiones. Hay que hacer notar que este es el lineamiento general y que el terapeuta lo modifica de acuerdo con las necesidades del paciente.

CUADRO 6

TERAPIA DINAMICA DE 12 SESIONES PARA
ALTERACIONES POR ESTRES.

SESION	INTERRELACION	ACTIVIDAD DEL PACIENTE.	ACTIVIDAD DEL TERAPEUTA
1	Sentimientos positivos hacia el terapeuta	Contar la historia del evento.	Discutir el foco preliminar.
2	Relajación al reducir la presión	Relacionar el evento con su vida.	Elaborar la historia psiquiátrica. Evaluar su síndrome de manera realista.
3	El paciente prueba al terapeuta; posibilidades de relación.	Dar más asociaciones para señalar el significado extenso del evento.	Realignar el foco; interpretación de las resistencias que influyen en el estrés.
4	Mayor alianza terapéutica.	Contemplar las implicaciones del evento en el presente.	Poner más énfasis en las interpretaciones de las defensas, relacionando el estrés con las respuestas.
5		Trabajar en los temas que han sido evitados.	Estimular una confrontación activa con los temas temidos y reiniciar actividades temidas.
6		Vislumbrar el futuro.	Discutir la terminación de la terapia.
7-II	Interpretación de las reacciones transferenciales y otras configuraciones.	Continuar trabajando los conflictos centrales y temas de conclusión.	Clarificar e interpretar conflictos centrales y temas no concluidos.
12	El adiós.	Reconocer que el trabajo debe continuar por su cuenta.	Reconfirmación de lo ganado y resumir el futuro trabajo que el paciente debe realizar por su cuenta.

En resumen, la labor médica en un desastre cubre no sólo los aspectos físicos, sino también los psicológicos, ya que reconocer las reacciones habituales de los individuos ante una catástrofe facilita su proceso curativo y el poder identificar a aquellos que requieren de una ayuda más especializada.

Una víctima muestra sus emociones: es a través de su conducta que el médico descubre las necesidades que ella tiene y reconoce el papel que el mismo paciente y la sociedad pueden jugar en el duelo, en su reintegración a un nuevo ambiente y en sus expectativas para el futuro.

B I B L I O G R A F I A

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, S.A. Barcelona, 1988.
- BEIGEL, Berren, M.R.: "Human-induced disasters". Psychiatric Annals. 15:3, 143-150, 1985.
- DIAZ-MARTINEZ, A.: Atención médico-psicológica para la población afectada por los sismos. Véase la presente antología.
- DE LA FUENTE, R.: "Las consecuencias del desastre en la salud mental". Salud Mental. 9:3, 3-8, 1986.
- FRITZ, C.C.: "Disaster" en Merton R.K. Nisbet, R.A. (eds): Contemporary social problems. New York, Harcourt, 651-694, 1961.
- FREDERICK, C.: "Effects of natural vs. human induced violence upon victims. Evaluation and change". (special issue), 71-73, 1980.
- HOROWITZ, M.J : Stress response syndromes. New York. Aronson, 1976.
- HOROWITZ, M., Wilner, N., Kaltreider, N., y cols.: "Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder". Archives of General Psychiatry. 57, 85-92, 1980.
- HOROWITZ, M., Marmar, C., Krupnick, J., y col.: Personality styles and brief psychotherapy. Basic Books. New York. 1984.
- HOROWITZ, M.J.: "Disasters and psychological responses to stress". Psychiatric Annals. 15:3, 161-167, 1985.
- LIFTON, R.I.: Death in life: Survivors of Hiroshima. New York, Random House, 1967.
- LINDERMAN, E.: "Symptomatology and management of acute grief". American Journal of Psychiatry. 101:141-148, 1944.
- LINDY, I.D., Grace, M.C. y cols.: "Psychotherapy with survivors of the Beverly Hills Supper Club fire. American Journal of Psychotherapy. 37, 1983.

- LINDY, J.D.: "The trauma membrane and other clinical concepts derived from psychotherapeutic work with survivors of natural disasters". Psychiatric annals. 15:3, 153-160.
- LIMA, B.R., Pompei, S., Santacruz, H. y cols.: "La detección de problemas emocionales por el trabajador de atención primaria en situaciones de desastre: experiencia en Armero, Colombia". Salud Mental. 12:1, 6-14, 1989.
- LIMA, B.R., Santacruz, H., Lozano, J.: Screening for the psychological consequences of a major disaster in a developing country: Armero, Colombia. Artículo mecanografiado.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Crónicas de desastres. No. 3, OPS. Washington.
- RIVERA, O., Esquivel, F., Pallares, A.: "Análisis psicológico de las notas periodísticas en relación al terremoto, México, 1985", Revista de la Facultad de Medicina, UNAM, 29 (11-12), 419-426. 1986.
- SMITH, E.M., North, C.S., Mc.Cool, R.E., Shea, J.M.: "Acute post disaster psychiatric disorders: Identification of persons at risk". American Journal of Psychiatry, 147:2, 202-226, 1990.
- TAPIA, R.C., Sepúlveda, J., Medina, M.E., Caraveo, J., De la Fuente, J. R.: "Prevalencia del síndrome de stress postraumático en la población sobreviviente a un desastre natural". Salud Pública de México. 29:5, 406-411, 1987.
- TYHURST, J.: "Individual reactions to community disaster: The natural history of psychiatric phenomena". American Journal of Psychiatry. 107: 764-769, 1951.
- TOHEN, M.C. "Reacciones físicas y emocionales de las personas afectadas por los sismos del mes de septiembre de 1985". Psiquiatría. 6:1, 52-70, 1990.
- UNITED States Agency for International Development. Office of U.S. Foreign Disaster Assistance. Disaster history. Significant data on major disasters worldwide. Artículo mecanografiado.

- VANDER KOLK, B.A., Van Der Hart, O.: "Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma". American Journal of Psychiatry. 146:12, 1530-1540, 1989.
- WILKINSON, C.B., Vera, E.: "The management and treatment of disaster victims". Psychiatric Annals. 15:3, 174-184, 1985.
- WILKINSON, C.: "Introduction: The psychological consequences of disasters". Psychiatric Annals. 15:3, 135-139, 1985.
- ZILBERG, N., Weiss, D., Horowitz, M.: "Impact of event scale: A cross validation study and some empirical evidence". Journal Consulting Clinical Psychology. 50, 407-414, 1982.