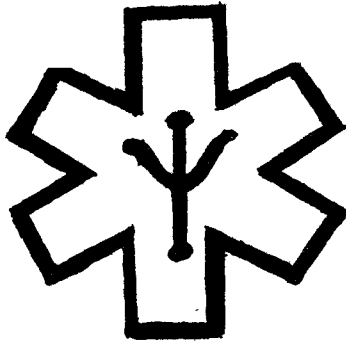
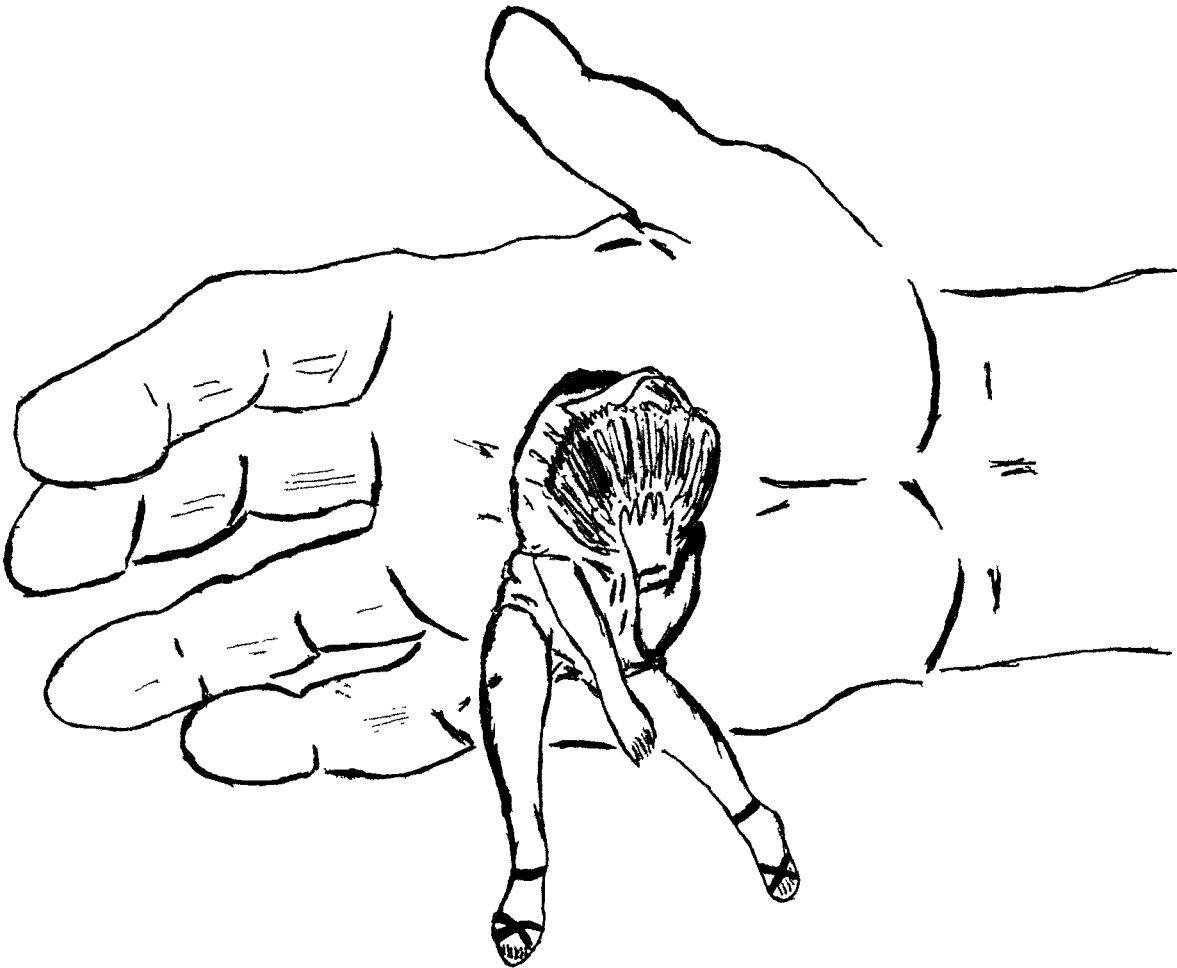




*AYUDANDO A AYUDAR
GULA PARA EL PSICOLOGO
EMERGENCISTA.*



**EL MANEJO PSICOLOGICO DEL DUELO
EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y
DESASTRES**

*Ps. Santiago Valero Alamo
International Critical Incident
Stress Foundation, Inc. USA
Membership No 4313*

Santiago Valero Alamo

Psicólogo Emergencista

Asesor de la Oficina de
Defensa Nacional del
Ministerio del Interior
y Consultor de la Oficina
de Defensa Nacional del
Ministerio de Salud.

Capitán del Cuerpo de Bomberos
Voluntarios del Perú.

Dirección :
Jr. Canterac 173
Jesús María - Lima 11
Lima - Perú.

EL MANEJO PSICOLÓGICO DEL DUELO EN SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y DESASTRES GUÍA PARA EL PSICÓLOGO EMERGENCISTA

RESUMEN

Tanto los accidentes con saldo masivo de víctimas, como los grandes desastres, producen en la mayoría de ocasiones una gran cantidad de pérdidas de vidas humanas. Ante esta triste realidad, los equipos de psicólogos emergencistas deben de estar preparados para intervenir. el presente trabajo, trata de dar algunas estrategias de acción basadas en las experiencias de muchas situaciones desastrosas.

PALABRAS CLAVES : DUELO, DESASTRES, PSICOLOGÍA.

INTRODUCCIÓN

Los accidentes de aviación con saldo masivo de víctimas aviación, los atentados terroristas contra edificios familiares ó sedes diplomáticas asimismo desastres tales como las grandes erupciones volcánicas y los terremotos, entre otros provocan innumerables víctimas muchas de las cuales fallecen instantáneamente y otras en los días consecutivos. Junto a este grupo primario de víctimas siguiendo la clasificación psicosocial de Taylor y Fraser (1981 - 1987), también están las víctimas de segundo grado es decir los familiares y amigos directos de las víctimas primarias y no se debe de olvidar a las víctimas ocultas clasificadas como de tercer grado por estos especialistas estos son los equipos de primera respuesta a los cuales les toca presenciar las muertes traumáticas como las producidas por ejemplo en un accidente de aviación o el tener que presenciar la agonía y la muerte de niños y personas jóvenes.

En tal sentido el presente trabajo trata de desarrollar estrategias de intervención psicológica orientadas a los siguientes grupos poblacionales :

- a.- Pacientes terminales víctimas de situaciones de emergencias o desastres.
- b.- Familiares de pacientes terminales y fallecidos en accidentes con saldo masivo de víctimas.
- c.- Equipos de primera respuesta

En este trabajo revisaremos los aportes de la valiente pionera Elisabeth Kübler - Ross de los EEUU, quien entrevisto a más de 200 moribundos de todas las edades y logro aplicar un abordaje más humano y comprensivo del paciente terminal. Asimismo presentaremos la técnica desarrollada por la Dra. Isa Fonnegra de Jaramillo (1985), quien realizo un abordaje psicoterapeutico de los pacientes terminales producto de la Erupción volcanica del nevado del Ruiz en Armero Colombia. Los cuales serán complementados con las técnicas de abordaje a estos pacientes y a sus familiares, presentadas por Karen Lee Fontaine (1989) También trabajaremos con los conceptos del Israelita, Jacinto Inbar (1995-1996), orientados a la psicoterapia con los deudos y revisaremos la experiencia española (1996), relacionada al rol del psicólogo en situaciones de muertes masivas.

En tal sentido el presente trabajo pretende ser una guía práctica para el Psicólogo Emergencista ó para el profesional interesado en desarrollarse en esta fascinante nueva especialidad, de la psicología contemporanea.

ANTECEDENTES y CONCEPTOS TEÓRICOS

El abordaje psicológico con moribundos y sus familias no es nuevo, al respecto debemos de recordar las lecciones planteadas por Elisabeth Kübler - Ross (1969) de los EEUU, quien explico que las personas moribundas pasan por cinco etapas sucesivas, al reaccionar ante la inminencia de la muerte y estas son (1) :

- 1.- LA NEGACIÓN : En la cual el individuo se niega a aceptar el pronóstico, insiste en que se trata de un error y realiza otras consultas.
- 2.- IRA Y RESENTIMIENTO : El sujeto admite el veredicto y dirige estas emociones contra el personal de salud, los familiares y contra todo aquel que tenga contacto. Siendo la paciencia y la comprensión de vital importancia.
- 3.- NEGOCIACIÓN : Con el personal de salud o con Dios, en una tentativa desesperada por ganar tiempo.
- 4.- ACEPTACIÓN A LA CERCANÍA DE LA MUERTE : Se acepta y su resultado es la depresión.
- 5.- ESPERA SERENA : Aceptación total, el moribundo se siente cansado, débil y apático.

Shibles (1974), afirma que no son estrechas ni fijas, asimismo Kastenbaum (1977) señala que no esta demostrado que todos pasen por estas cinco etapas.

Lo peligroso es que muchos profesionales, tratan de aplicar este modelo en forma rígida y destructiva, adoptando una aptitud complaciente, antes que se encuentre en la etapa de la ira, inclusive ellos mismos pueden irritarse si el paciente no pasa a la siguiente etapa.

En lo concerniente a la reacción de los familiares, Horowitz (1976) presenta el siguiente modelo (2) :

La primera reacción a un hecho amenazante es el grito, llanto, pánico, desmayo o lamentos, es decir puede ser del todo obvia como lo anterior no tan obvia como la reacción paralizante.

El LLANTO como reacción inicial conduce a la negación o a la intrusión.

LA NEGACIÓN conduce a un bloqueo del impacto que puede acompañarse de entorpecimiento emocional, en no pensar en lo que pasó, o realizar actividades como si nada hubiera pasado.

LA INTRUSIÓN incluye la abundancia involuntaria de ideas y sentimientos de dolor sobre el suceso, las pesadillas periódicas u otras preocupaciones , así como las imágenes de lo que ha pasado son características de esta etapa. Al gunos sujetos omiten la etapa de la negación pasando directamente a esta etapa, otros vacilan en regresar y seguir estas dos etapas.

LA PENETRACION es el proceso en el que se expresan, identifican y divulgan pensamientos, sentimientos e imágenes de la experiencia de crisis. Algunos individuos progresan y penetran en estos sentimientos y experiencias en forma natural, en tanto que otros necesitan ayuda externa.

LA CONSUMACIÓN es la etapa final de la experiencia y conduce a la integración de la misma, dentro de la vida del individuo. El suceso a sido enfrentado, los sentimientos y pensamientos se han identificado y expresado y la reorganización ha sido consumada o iniciada.

De acuerdo a los aportes de varios autores (Lindemann 1944, Parker 1970, Moos 1976)Estas fases pueden ser resumidas en tres (3)

- 1.- NEGACIÓN
- 2.- TRASTORNO EMOCIONAL Y DESORGANIZACIÓN
- 3.- ACEPTACIÓN.

Por su parte la División de Salud Mental de la OPS (1992), en su manual sobre las consecuencias psicosociales de los desastres, manifiesta que, generalmente las emociones de duelo que incluyen tristeza, angustia y rabia, tienden a disminuir después de la cuarta a la sexta semana. Sin embargo varios estudios (4) indican la existencia de algunos factores que pueden hacer que esto se prolonge y estos son :

- 1.- Que no aparezca el cuerpo del familiar, o no haya sido visto por esta
- 2.- Ausencia o inexistencia de asistencia social.
- 3.- Pérdida de un hijo pequeño para la madre.

En algunos casos el luto puede tornarse crónico y las reacciones emocionales pueden intensificarse, llegando a la depresión severa.

El fallecimiento repentino debido a un evento o crisis masivas manifiesta Jacinto Inbar (1995-1994), que una característica principal es la perdida repentina e irreversible, a pesar de que existen otras perdidas repentinas como los accidentes automovilísticos , aquellas provenientes de desastres naturales o actos terroristas, son vivenciadas y atribuidas de una manera especial que va a influir en el proceso de elaboración del duelo.

Sobrevivientes de eventos masivos o deudos de desaparecidos o fallecidos en desastres comunitarios, tienden a mencionar la presencia de imágenes y pensamientos intrusivos, entumecimiento y dificultades cognitivas, inclusive aunque no hallan estado presentes en el lugar.

La experimentación de culpabilidad es característico en estos casos de pérdida. Janoff y Bulman (1979) mencionan dos tipos de auto-culpabilidad caracterológica :

- a.- Un sentimiento desadaptativo y disfuncional, proveniente de una auto-atribución de características personales de fracaso, por lo general relacionadas con la autoestima (no valgo nada...me lo merezco..)
- b.- Auto-culpabilidad conductual que se refiere a un sentimiento adaptativo enfocado en conductas que pueden ser modificadas.

El empleo de las técnicas cognitivas como la reestructuración y la reatribución cognitiva pueden ayudar, esta modificación cognitiva es un objetivo terapéutico muy importante, especialmente cuando se trabaja con los sobrevivientes y con integrantes de los equipos de rescate.

ABORDAJE CON PACIENTES TERMINALES VICTIMAS DE SITUACIONES DE EMERGENCIAS Y/O DESASTRES EN LA SALAS DE EMERGENCIA Y PABELLONES DE HOSPITALIZADOS.

Generalmente nuestra cultura occidental rechaza la sola idea de la muerte, nos negamos a aceptarla y rechazamos inconscientemente a las personas moribundas. El personal médico muchas veces evita su contacto, por que talvez sienten que han fracasado como médicos en su lucha por salvar vidas, por su parte el personal de enfermería, se limita lo más pronto posible a sus labores de limpieza, tratando de establecer el más mínimo contacto interpersonal que los involucre emocionalmente.

Fontaine (1990) manifiesta (5) que se deben de reconocer los siguientes pasos en el tratamiento con un paciente terminal :

- 1.- Aceptar y conocer los sentimientos del paciente, toda vez que estos sentimientos son reales y el paciente tiene derecho a expresarlos
- 2.- Apoyar el comportamiento de enfrentamiento y los mecanismos de defensa ya que estos son usados para mantener la estabilidad y evitar la desorganización emocional.
- 3.- No se debe de quitar la esperanza, dar información positiva de tal forma que se permita en vez de destruir al paciente, identificar sus fuerzas y recursos. La esperanza y creencias positivas pueden intensificar el tratamiento médico y animar la posibilidad de recuperación. Aquellos cuya esperanza ha sido destruida se manejan peor al tratar la enfermedad (Cousins 1983).

- 4.- Proponer una alianza terapéutica entre el personal y el paciente, comentando lo que el personal tiene que ofrecer en su lucha. El compañerismo determinado entre el paciente y el personal, hará incapié en el plan para combatir el problema y dará al paciente un sentimiento de que hay una oportunidad.
- 5.- No se debe de aislar al usuario de su familia ni del personal sanitario, toda vez que el aislamiento aumenta el miedo del paciente durante la agonía.
- 6.- Se debe de usar el tacto para comunicarse, este es una intervención poderosa y reconfortante.
- 7.- Mantener una buena comunicación verbal, esto tranquilizara al paciente porque el esta presente y activo.
- 8.- Preguntar a la familia sobre las necesidades religiosas e intentar proporcionarlas antes de la muerte, esto aliviara su sufrimiento antes de la muerte.

La Dra. Isa Fonnegra de Jaramillo (1985) trabajando en el Hospital de "El Guavio" de Bogotá que albergó a pacientes con sepsis severa y con gangrena, los cuales llegaron en estado de shock emocional, por la situación traumática masiva que habían vivido.

Fonnegra en su intervención con los pacientes terminales atacados por la gangrena, utilizaba la siguiente estrategia (6) :

- 1.- prefería ingresar a sus habitaciones sin tapa boca, por que este impedía el contacto gestural y este podría simbolizar rechazo, distanciamiento y temor a la contaminación.
- 2.- Llevaba consigo un asiento, que era colocado al lado de la cama del paciente como símbolo de asentamiento, de tiempo disponible. Y que, le transmitía el mensaje que no era médico que no venía a examinarlo ni a observarlo físicamente sino a sentarse, hacerle compañía y conversar con él.
- 3.- Le manifestaba al paciente, si sentia que le podría hacer bien un rato de compañía , que su intención era oírlo y compartir con él tanto como fuera posible, que el estaba sintiendo.
- 4.- Generalmente se empieza contando que fue lo que le paso y que tiene desde el punto de vista médico, si es necesario en las primeras secciones no se toca el tema de la posibilidad de morir.
- 5.- La duración de cada sección es variable bien puede durar 15 minutos como 45 , la frecuencia puede ser en forma diaria.
- 6.- Se respeta las fantasías de sobrevivencia y su alternancia con la realidad.

- 7.- A lo largo de las secciones se pueden revisar los miedos y las tristezas, se le puede ayudar a redactar cartas de despedida.
- 8.- Si el paciente se encuentra perdido o no sabe donde o que a sido de sus demás familiares se debe de hacer los esfuerzos necesarios por conseguir esta información.
- 9.- En ocasiones no se habla, tan sólo se escucha y otras veces es al revés como se hace con pacientes afásicos o conectados a un respirador. A veces se comparte un silencio acompañante y en ocasiones un apretón de manos, una sonrisa o una amable caricia ayudan tanto como una profunda interpretación.
- 10.- Al intervenir psicoterapeuticamente es definitivo sondear con cuidado en que etapa se encuentra la persona con respecto a la aceptación de su realidad y respetar sus defensas y sus necesidades aún a costa de las expectativas del psicólogo.
- 11.- Es indispensable que el psicólogo emergencista tenga una sana y realista aproximación a la muerte, lo mismo que una adecuada elaboración de sus propios duelos y un conocimiento vivencial del proceso que ellos suponen.

Finalmente la Dra. Fonnegra manifiesta que muchas veces el silencio, las evasivas, la pobreza en el contacto y el deterioro de la comunicación es directamente proporcional a la gravedad del paciente. La respuesta a las preguntas "Que tanto informar, cómo, en que momento y a quien ", tienen respuesta de acuerdo con cada persona y con cada caso, pero se debe tener presente el derecho humano a la información, que el médico y todo el personal en contacto con el moribundo, deben de respetar. Habrá casos de personas receptivas a tal información y casos en que el paciente, a pesar de haber sido informado, parezca no prestar atención. Casos en los que el paciente explícitamente rechaza esta información y responde en forma agresiva.

EL ROL DEL EQUIPO DE SOPORTE PSICOSOCIAL

El equipo de soporte psicosocial deberá de realizar las siguientes actividades junto con las familias en duelo (9)

1.- NOTIFICACIÓN DE LA MUERTE

Se debe de observar, que este procedimiento se de manera adecuada de tal forma que la familia se ayude a entender lo que esta aconteciendo los familiares presentarán un fuerte deseo de ir al lugar del desastre.

2.- IDENTIFICACIÓN DEL CUERPO

Un miembro del equipo debe de estar presente cuando un familiar identifique el cuerpo

3.- CONTEMPLACION DEL CUERPO

Es importante que los familiares sean prevenidos con oportunidad para ver el cuerpo de su familiar muerto , dando información de ser factible sobre las circunstancias de la muerte y de ser posible los funerales y los rituales de duelo estén de acuerdo con la cultura de la familia en duelo.

Una importante tarea para el equipo de soporte psicosocial es el de coordinar la visita al cuerpo, este proceso debe de ser cuidadosamente planeado, avisando a cada familiar sobre el estado del cuerpo. Se debe de dar una oportunidad a los familiares para hablar, tocar y comprender totalmente que la perdida es real, que la incertidumbre acabó y que es preciso de despedirse para siempre. Si la cara esta muy mutilada, otras partes del cuerpo pueden ser vistas y reconocidas. Para los niños se puede ayudar a dejar algo en el ataúd por el padre o la madre (Ej. una muñeca favorita, una carta etc.)

4.- INFORMACIÓN SOBRE LAS CIRCUNSTANCIAS DE LA MUERTE

Generalmente la familia, tiene muchas preguntas sobre: cómo la persona fue encontrada y de qué manera murió. De ésta forma se debería de dar la oportunidad a los familiares, para conversar con los sobrevivientes que tienen algo que decir ó con algún miembro del equipo de rescate que encontró el cuerpo. Asimismo con cualquier miembro del equipo médico que intervino y de los esfuerzos realizados para resucitarlo.

5.- VISITA AL LUGAR DEL DESASTRE

El equipo generalmente deberá hacer que la visita al lugar se realice en grupos y se puede realizar en algunos casos una ceremonia religiosa. Esto permitirá que las familias en duelo, sientan a sus seres queridos y tengan manifestaciones de solidaridad, es una despedida final y debe de estar protegida al máximo de los medios de comunicación .

6.- MANIFESTACIONES PUBLICAS DE SOLIDARIDAD

Las familias en duelo deberían ser motivadas también a participar, en alguna forma de manifestación pública de solidaridad.

LA NOTIFICACIÓN DE LA MUERTE

La primera reacción de muchos familiares es de shock ó negación, la negación es una defensa usada para enfrentarse a un dolor inmenso, es necesario para mantener la estabilidad cuando se afronta una sobrecarga emocional. Algunas personas confiarán en explosiones emocionales tales como: llorar ó gritar, como formas de descargar la energía de ansiedad o miedo, otros intentarán enfrentarse haciéndose dependientes y necesitarán de alguien que

les tranquilice, otros expresan sus frustraciones quejándose o estallarán en ira y acusarán al personal médico, paramédico, o familiar encargado de incompetente, con una sensación de impotencia y desesperación. Algunos se retirarán rápidamente, mientras que otros hablarán sin cesar o se reirán como reacción de ansiedad. (10)

El dar la noticia de la muerte de un ser querido o compañero de equipo o trabajo a miembros de la familia es una dura tarea al respecto, Weisman (1976) indica que no hay argumento que permita dar malas noticias sin dolor. Los familiares serán lastimados pero sobrevivirán. Los informantes deben de esperar, incredulidad (negación como mecanismo de defensa inicial), choque ó cruel antagonismo (agresividad, buscando un culpable), porque después de todo son los portadores de las noticias tristes. La respuesta inicial puede ser también de confusión ó quedarse sin palabras ó a la deriva, recorriendo nerviosamente la habitación. Esto puede seguirse por acusaciones, autodirigidas o hacia la autoridad en quien la familia a confiado (médico, jefe de compañía, oficial al mando etc.).

En contraste, hay adormecimiento al principio y la incredulidad puede dar una falsa impresión de tranquilidad y control. Por lo tanto durante estos momentos iniciales, seguidos de una simple conversación de los acontecimientos básicos.

El profesional deberá prepararse para ayudar, absorber diversas respuestas sin acobardarse, ni precipitarse a mejorar mediante explicaciones intelectuales. Sin ser defensivo, culpable, apresurado, sin actos arbitrarios de arrepentimiento personal.

Las personas parecen no escuchar lo que se les esta diciendo, es necesario repetir varias veces la información para asegurarse que ha sido entendido.

Cuando se informa a la familia sobre la muerte se usarán palabras específicas mejor que eufemismos vagos (ej. su esposa a muerto en vez de hemos perdido a su esposa). Debido a que, cuando la ansiedad es alta, se debe de usar términos claros y simples para reducir las malas interpretaciones.

En el caso de fallecimiento en un centro hospitalario, Fontaine (11) nos indica que se puede realizar la siguiente labor :

- 1.- Se deberá permitir a los cónyuges estar con el familiar en el momento de la muerte, si es que lo desean, afín de continuar compartiendo experiencias significativas de la vida. La familia tendrá menos dudas sobre las condiciones que rodearon a la muerte del ser querido.
- 2.- Acompañar a la familia y proporcionarle una intimidad para que expresen su sufrimiento sin estar expuestos a extraños.
- 3.- Se le dirá a la familia, qué ocurrió y porqué, con lo cual descenderá la fantasía que puedan tener y rellenar la falta de información que pueda presentarse.

- 4.- Se les dará la oportunidad y el tiempo necesario para hablar y reaccionar a la muerte. La verbalización del sufrimiento es un comportamiento apropiado de enfrentamiento. El deseo del psicólogo de escuchar, refuerza este comportamiento de enfrentamiento.
- 5.- Procurar que se satisfagan las necesidades religiosas que son una forma de confortar a la familia.
- 6.- Ofrecer la oportunidad de ver al cadáver y prepararlos para su contemplación.
- 7.- No se debe ser crítico si los miembros de la familia no pueden funcionar eficazmente, ser más bien comprensivos. Si es necesario se debe de llamar a la familia y asumir la responsabilidad hasta que los deudos puedan hacerlo.
- 8.- Se ayudará con el proceso de conclusión, explicando que hacer después ,donde irá el cuerpo, si habrá autopsia, etc. Los familiares a menudo no conocen el procedimiento, ni que responsabilidades y requerimientos legales se deben de satisfacer. Si es necesario se ayudara a encontrar el transporte a casa, intentar que alguien espere en el domicilio, los familiares necesitan de un apoyo continuo después de marcharse.
- 9.- Se hará una llamada de seguimiento en la semana, las familias necesitan a menudo revisar las circunstancias de la muerte tras el funeral, rellenar la falta de información con respecto a la experiencia de la muerte.

ACCIDENTES Y/O DESASTRES CON MUERTES MASIVAS

Los accidentes de aviación, los grandes terremotos, las erupciones volcanicas, entre otros suelen provocar un gran número de muertos o desaparecidos. En estas circunstancias los equipos de psicólogos también juegan un rol importante, en la disminución del dolor y la tristeza de los afectados, así como, en la preparación para el penoso proceso de identificación del cadáver; como se pudo apreciar en la experiencia obtenida en la inundación violenta de la cuenca del Barranco de Aras que afectó el camping "Las Nieves" de Biescas (Huesca-España) el 07 de Agosto de 1996; Juan Cobo Planas ,Director de la Clínica Médico Forense de Zaragoza en el reporte presentado en el Boletín del Ministerio de Justicia de España (12), se describen diversas formas como los psicólogos pueden intervenir.

En la experiencia recogida y publicada por el Ministerio de Justicia de España, se proponen una serie de consideraciones previas, que se tienen que tener en cuenta en este tipo de intervenciones. Y que de una u otra forman van a influir en la respuesta de los equipos intervinientes y en las reacciones emocionales de los familiares.