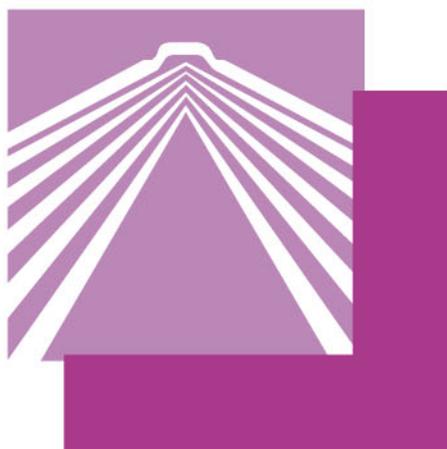


# Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes

Juan M. Fernández Millán



PSICOLOGÍA PIRÁMIDE



**Gestión e intervención  
psicológica en  
emergencias  
y catástrofes**



Juan M. Fernández Millán

**Gestión e intervención  
psicológica en  
emergencias  
y catástrofes**

EDICIONES PIRÁMIDE

COLECCIÓN «PSICOLOGÍA»

Sección: Manuales Prácticos

Edición en versión digital

Está prohibida la reproducción total o parcial de este libro electrónico, su transmisión, su descarga, su descompilación, su tratamiento informático, su almacenamiento o introducción en cualquier sistema de repositorio y recuperación, en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, conocido o por inventar, sin el permiso expreso escrito de los titulares del copyright.

© Juan M. Fernández Millán, 2013

© Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.), 2013

Para cualquier información pueden dirigirse a [piramide\\_legal@anaya.es](mailto:piramide_legal@anaya.es)

Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid

Teléfono: 91 393 89 89

[www.edicionespiramide.es](http://www.edicionespiramide.es)

ISBN digital: 978-84-368-2845-0

*A mi amigo y teniente de la Guardia Civil, Paco Hermida,  
que me demostró cómo un profesional es capaz de unir  
en su trabajo la humanidad y la labor de investigación,  
y por ende, a todos los profesionales que se enfrentan a diario  
al sufrimiento de los demás con el objetivo de ayudarles.*

*A mi hermano Carmelo, por apoyarme psicológicamente  
en mis pequeñas catástrofes.*

*A mi amigo Diego, que me sacó del agua.*

*A Pilar y a Miguel, mi mujer y mi hijo.*



# ÍNDICE

<b>Introducción</b> . . . . .	13
1. Conceptos básicos . . . . .	14
2. Organización del trabajo de gestión e intervención desde la psicología en situaciones de emergencia . . . . .	17
<b>1. Prevención: fase de preadvertencia y advertencia</b> . . . . .	21
1.1. Las actitudes prudentiales . . . . .	21
1.2. La preparación de la población . . . . .	22
1.3. La preparación de los profesionales . . . . .	25
1.4. Investigar el comportamiento humano en catástrofes . . . . .	26
1.4.1. Programa de cultura de autoprotección para niños basado en la educación a través de la acción . . . . .	27
<b>2. Activación: primeros momentos de la fase de impacto</b> . . . . .	35
2.1. Análisis y valoración del suceso, activación de recursos y organización del trabajo . . . . .	35
2.1.1. ¿Qué podemos hacer ya? . . . . .	41
<b>3. Intervención: fase de impacto y post-impacto</b> . . . . .	43
3.1. La gestión de la comunicación . . . . .	43
3.1.1. La figura del portavoz . . . . .	43
3.1.2. Factores para hacer más persuasivo el mensaje . . . . .	46
3.1.3. El rumor . . . . .	48
3.1.4. ¿Cómo controlar o reducir el rumor asociado a catástrofes? . . . . .	49
3.1.5. Las luces y las sombras de los medios de comunicación en las catástrofes: entre la libertad de expresión y la prudencia informativa . . . . .	50
3.1.6. El centro de coordinación de la información (CCI) . . . . .	53
3.2. El asesoramiento en la organización de evacuaciones . . . . .	55
3.2.1. Evacuación de grandes zonas . . . . .	56
3.2.2. Evacuación de edificios públicos . . . . .	57
3.3. Intervención con damnificados durante la fase de impacto y reacción . . . . .	58
3.3.1. ¿Soy un «tío» raro? . . . . .	58

3.3.2.	La actuación durante el rescate de los afectados . . . . .	61
3.3.3.	La comunicación del sanitario durante los primeros auxilios . .	67
3.3.4.	Aspectos a considerar en el rescate de ancianos . . . . .	69
3.3.5.	Lo primero, evaluar a los afectados: el <i>triage</i> (clasificación) psicológico. . . . .	70
3.3.6.	Intervención durante la fase de impacto. . . . .	74
3.3.7.	¿Qué hacer con los curiosos? . . . . .	75
3.3.8.	Intervención durante la fase de reacción . . . . .	77
3.3.9.	Apoyo a familiares de víctimas. Situaciones que precisan apoyo . . . . .	79
3.3.9.1.	Recepción . . . . .	79
3.3.9.2.	Reconocimiento de cadáveres . . . . .	81
3.3.9.3.	Velatorio y ceremonia de enterramiento. . . . .	84
3.3.9.4.	Comunicando el fallecimiento de allegados . . . . .	86
3.3.9.5.	Cómo informar a los niños del fallecimiento de seres queridos .	91
3.3.9.6.	Tres últimas recomendaciones a los profesionales. . . . .	98
3.3.9.7.	Sintiéndonos inútiles . . . . .	98
<b>4.</b>	<b>Apoyo psicológico a técnicos . . . . .</b>	<b>101</b>
4.1.	Introducción. . . . .	101
4.2.	Acabado el turno..., al finalizar la intervención . . . . .	105
4.3.	Amortiguando el agotamiento. . . . .	107
4.4.	Turnos y descansos . . . . .	108
4.5.	Ser comprensivo, sí..., identificarnos con el damnificado, no. .	110
4.6.	Humor negro..., falta de respeto o mecanismo para la adaptación . . . . .	111
<b>5.</b>	<b>La intervención en catástrofes multiculturales: del equipo internacional a las víctimas de distinta cultura . . . . .</b>	<b>113</b>
5.1.	La cuestión de los equipos multinacionales. . . . .	114
5.2.	La segunda cuestión trata sobre el trabajo para una población afectada . . . . .	115
<b>6.</b>	<b>Las reacciones psicológicas tras las catástrofes. Posibles síntomas, síndromes y trastornos. . . . .</b>	<b>119</b>
6.1.	Fractura en nuestra línea vital . . . . .	119
6.2.	Trastornos diagnósticos específicos a catástrofes. . . . .	125
6.3.	¡Bienvenido al club! . . . . .	128
6.4.	El camino hacia la normalidad . . . . .	130
<b>7.</b>	<b>Terapias psicológicas aplicables a los trastornos vinculados a las vivencias catastróficas . . . . .</b>	<b>133</b>
7.1.	Tratamiento inmediato: primeros auxilios psicológicos (PAP) . .	134

7.2. La relajación . . . . .	135
7.3. Período de normalización: prevención y tratamiento del TEPT y otros trastornos. . . . .	136
<b>8. Situaciones especiales: el suicidio. . . . .</b>	<b>139</b>
8.1. Ideación, comunicación y conducta suicida . . . . .	140
8.2. La intervención psicológica durante un intento de suicidio. . . . .	142
8.3. Tipología del suicida . . . . .	147
8.4. El suicido en los jóvenes . . . . .	147
8.5. Suicidio y enfermedad mental . . . . .	149
8.6. Manejo del paciente con conducta suicida en los servicios de urgencia . . . . .	151
<b>9. La comunicación en situaciones de emergencia..., nuestra mejor herramienta . . . . .</b>	<b>153</b>
<b>10. ¿Cómo sobrevivir a una catástrofe? Actitud . . . . .</b>	<b>159</b>
<b>Referencias bibliográficas . . . . .</b>	<b>161</b>



# INTRODUCCIÓN

*7 de agosto de 1996. Una riada que afecta el camping «Las Nieves», en Biescas, deja 87 muertos y 183 heridos. Por primera vez en España acuden a una emergencia un grupo de psicólogos. Muchos psicólogos, al enterarse de la noticia se preguntan qué hacen unos psicólogos en una catástrofe. En aquellos momentos no existía ni experiencia ni formación al respecto.*

*11 de marzo de 2004. Madrid. Varios atentados terroristas con bombas en los trenes de cercanías terminan con la vida de 192 personas y hieren a más de 2.000. A las 9:00 h, el COP de Madrid pone en marcha el dispositivo de coordinación para el desarrollo de la asistencia psicológica necesaria. Nadie se pregunta qué hacen unos psicólogos en una catástrofe (lo contrario es lo que sería anómalo).*

En nuestra sociedad, hoy en día, está establecido como parte de los dispositivos de respuesta ante emergencias la ayuda psicológica a afectados. Nuestra tarea no se limita al tratamiento directo de los afectados, sino que se ha ampliado con tareas de organización, asesoramiento, coordinación, educación y prevención.

Esto ha dado lugar una «especialización» y un interés entre los psicólogos que se ha materializado en la creación de los Grupos de Intervención Psicológica en Emergencias y Catástrofes (GIPEC) en la mayoría de los COP de España.

En la actualidad, los psicólogos interesados en este campo cuentan con una oferta formativa bastante extensa y con un cuerpo bibliográfico (afortunadamente muy práctico) que les permite acudir a una emergencia con una preparación no despreciable.

Ello no significa que todo esté hecho. Ni mucho menos. Ante nosotros se abren retos muy importantes: mayor especialización, formación universitaria reglada, reconocimiento oficial, mayor y mejor organización y coordinación con otros cuerpos u organismos.

*El 17 de noviembre de 1997, la ruptura de un depósito de agua en los altos de la ciudad de Melilla hizo que, de forma fortuita, comenzara*

*mi interés en este campo. Al caer el día nos reunimos un pequeño grupo de psicólogos (todos con cierta experiencia en clínica) en la Consejería de Bienestar Social. Nos mandaron al tanatorio para intervenir con las familias de los fallecidos. Al montarnos en el coche se hizo un corto silencio en el que resonó una pregunta: «¿Qué vamos a hacer?».*



*Estado del depósito de agua de Melilla cuya rotura provocó la riada de sus 20.000 m<sup>3</sup>. Pueden apreciarse los bloques que formaban la pared que cedió y que se desplazaron sobre las aguas destrozando todo lo que se interponía en su camino.*

## 1. CONCEPTOS BÁSICOS

*Imaginemos «Dos madres, la primera con 5 hijos, la segunda con sólo uno. Las dos madres tienen un hijo de un mes de vida que tiene fiebre. La primera de las madres, con experiencia en estas circunstancias, sabe que la situación le exige una respuesta ágil y precisa, para la que ya tiene experiencia y recursos, y la ejecuta sin la mayor dificultad obteniendo el control de la fiebre del menor. La madre primeriza no tiene experiencia y no está segura de lo que debe hacer, por lo que la situación se le escapa de las manos, probablemente entra en pánico y finalmente*

*termina por pedir ayuda a su madre, a su vecina o por acudir a urgencias» (Engels G. Cortés).*

Esta historia refleja la diferencia entre una simple emergencia y una catástrofe: a veces no depende del suceso, sino de la preparación con la que contemos ante él.

Aun así, precisamos, antes de comenzar con la práctica, detenernos en algunos conceptos teóricos que nos sirvan para unificar nuestros criterios a la hora de hablar de ciertos eventos.

### **1. Crisis, emergencia, desastre y catástrofe:**

Normalmente, estos términos se utilizan de forma indistinta, aunque se distinguen en un continuo de gravedad o magnitud del evento. Estos conceptos comparten ciertos rasgos comunes, entre los que se encuentran que implican la pérdida o amenaza de la vida o de la propiedad, además de perturbar el sentido de la comunidad y provocar consecuencias adversas para los supervivientes. Por otro lado, precisan de una intervención no demorable (son urgencias). También comparten que son imprevisibles y accidentales y, por ello, causan sorpresa, indefensión y desestabilización, dando lugar a la aparición de reacciones psicológicas similares.

Sin embargo, ya se ha dicho que son términos que designan sucesos cuantificablemente distintos.

Hablamos de *crisis* refiriéndonos a una situación en la que un suceso amenaza al sujeto con alterar su equilibrio personal. Una visión positiva de la crisis es que representa una oportunidad para el sujeto de salir de ella fortalecido personal y emocionalmente. Sin embargo, el proceso en sí es traumático y requiere del sujeto poner en funcionamiento todas sus estrategias de afrontamiento, así como ser capaz de aceptar y superar una ruptura con la «línea» vital.

*Emergencia* sería la situación que se resuelve con los recursos médicos y asistenciales locales. Ejemplos de emergencias las encontramos en las continuas intervenciones de los servicios sanitarios que cubren accidentes de tráfico.

Más grave es la situación de *desastre* (sin entrar en los tipos que existen) para la que se necesita una mayor infraestructura al ser un mayor número de heridos y damnificados, y conlleva un mayor coste económico, suponiendo una alarma para la población.

Finalmente se habla de *catástrofe* refiriéndose a un desastre masivo, con consecuencias destructivas que abarca una mayor extensión, supo-

ne un gran esfuerzo humano, material y de coordinación. Sin embargo, estas diferencias son muy arbitrarias y atienden sobre todo a aspectos económicos y organizativos.

## **2. Amenaza, vulnerabilidad, riesgo:**

Éstos son otros conceptos que se manejan antes, durante y tras las catástrofes y cuyas definiciones son ambiguas. La importancia de su definición viene dada porque son términos centrales en la llamada gestión del riesgo (véase el capítulo «Análisis y valoración del suceso, activación de recursos y organización del trabajo»), piedra angular de la cultura de la prevención. Sin embargo, como se dijo anteriormente, éste es un manual práctico, por lo que nos limitaremos a dar unas breves definiciones que nos sirvan en el caso de intercambiar ideas o de poner en común nuestras experiencias.

La *amenaza* es el peligro latente asociado a un factor físico de origen diverso (natural, artificial o antrópico o socionatural). Otras definiciones hacen referencia a la probabilidad de ocurrencia de un acontecimiento de cierta intensidad.

La *vulnerabilidad* hace referencia al factor interno asociado a la amenaza. Es decir, es el estado en el que se encuentra una persona o sociedad frente a una amenaza concreta. Está determinada por factores ambientales, económicos y culturales.

Por último, el *riesgo* es la probabilidad de exceder un valor determinado de consecuencias económicas, sociales o ambientales en un determinado lugar y durante un determinado tiempo. Es decir, la probabilidad de sufrir pérdidas.

La *resiliencia* hace referencia a la robustez de la persona (también conocida como dureza) para afrontar las dificultades de la vida (confianza en uno mismo, control sobre las cosas, control emocional, recursos para el afrontamiento, experiencia previa, resistencia al sufrimiento, tolerancia a la frustración, estado de salud, etc.), de forma que para la persona robusta el desastre se presenta como un reto para someterse a prueba y, por lo tanto, la adversidad como una oportunidad para mejorar.

## **3. Pánico y evacuación:**

*«Una estampida humana mató ayer a 18 personas e hirió a más de 80, algunas de gravedad, en la fiesta techno Loveparade, que se celebró este año en la ciudad de Duisburgo, al oeste de Alemania. El pánico*

comenzó en el túnel de acceso al recinto del festival, que había congregado a cientos de miles de personas<sup>1</sup>.

Estos dos términos se presentan juntos porque, como refleja la noticia de la catástrofe de Loveparade, es en las evacuaciones donde se producen escenas de pánico colectivo que desembocan en accidentes mortales.

El *pánico* es definido como una «fuga loca» sin objetivo, desordenada y violenta (Crocq, Doutheau y Sailhan, 1987). Se trata de un miedo intenso y compartido que se traduce en una huida masiva no adaptativa, egoísta que causa más víctimas que la propia situación de peligro (Fernández, Martín Beristain y Páez, 1999).

Para Hernández Mendo, Estrella, Gálvez y Ortega (2001), para que se desencadene el pánico deben darse una serie de condiciones:

- Existencia de un gran número de personas que estén en contacto.
- Atrapamiento parcial. Número limitado de rutas de huida y conciencia de poder quedar atrapado.
- Amenaza percibida. Que se considera tan inminente que no hay tiempo más que para escapar.
- Parcial o completa rotura de la ruta de salida. Bloqueada o congestionada.
- Fallo en la comunicación desde delante hacia atrás. Falso supuesto de que existe aún salida abierta.
- Por su parte, la *evacuación* puede definirse como la retirada de personas de una zona geográfica con un alto nivel de impacto (Hernández Mendo, Estrella, Gálvez y Ortega, 2001).

## 2. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DE GESTIÓN E INTERVENCIÓN DESDE LA PSICOLOGÍA EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Como ya se ha mencionado, desde nuestras primeras intervenciones, el trabajo del psicólogo en las situaciones de emergencia/catástrofe se han ido diversificando y complicando, abarcando en la actualidad desde la fase de preadvertencia, es decir, ahora mismo, hasta la de post-impacto (cuando ya todo el mundo se ha olvidado de los afectados). Ello significa que necesitamos un sistema de organización. La tabla 1

<sup>1</sup> *El País* (27 de julio de 2010). [http://www.elpais.com/articulo/internacional/panico/causa/muertos/Loveparade/alemana/elpepiint/20100725elpepiint\\_1/Tes](http://www.elpais.com/articulo/internacional/panico/causa/muertos/Loveparade/alemana/elpepiint/20100725elpepiint_1/Tes).

**TABLA 1**  
**Estructuración de la intervención según el momento**  
**y la población (basado en la propuesta de Isabel Vera y Luz Gutiérrez, Dirección General de**  
**Protección Civil)**

FASES	SUJETOS	VÍCTIMAS	FAMILIARES	COMUNIDAD	TÉCNICOS Y VOLUNTARIOS
PREADVERTENCIA (carácter educativo, favorecer la cultura preventiva)	ADVERTENCIA (conocimiento de las medidas de autoprotección)	—	—	Programas de sensibilización y simulacros. Programas de autoprotección. Programas formativos.	Programas de información. Ejercicios de sensibilización y simulacros. Programas de autoprotección. Programas formativos.
		—	—		
IMPACTO (paliar el malestar psicológico)	POSTIMPACTO (rehabilitación) inmediato y posterior	Durante el rescate.	Recepción, comunicación reconocimiento de cadáveres, duelo y ceremonia de enterramiento.	Gestión de la información.	Asesorar sobre organización. Dirigir reuniones ( <i>debriefing</i> ).
		Durante los primeros auxilios. Tras el rescate.			
		Asesoramiento y psicoterapia. Asesoramiento comunitario: Programas de información sobre reacciones y sobre lugares de información.			

puede servirnos para organizar el trabajo del grupo, así como para darnos una idea de la diversidad de tareas en las que podemos intervenir a distintos niveles.

Quizá esta tabla podría completarse con un tercer eje destinado a especificar los distintos escenarios de intervención que, sin ser exhaustivos, podrían incluir:

- Zona de impacto: donde ocurrió el evento. El lugar físico afectado por el incidente.
- Zona de recepción: donde se recibe a los familiares. En aquellos casos en los que a la zona afectada lleguen familiares de los afectados procedentes de otros lugares (ciudades, países...) más o menos lejanos.
- Realojamiento: alojamientos (albergues, hospitales...) en los que se cobija a los afectados y sus familiares.
- Tanatorios.
- Medios de transporte de los afectados que son trasladados a zonas más seguras o libres de estímulos aversivos (evacuaciones).
- Lugares de origen y destino de afectados.
- Funerales de víctimas masivas.
- Zonas de tramitación: Lugares donde se realiza la identificación de cadáveres u objetos personales, donde las personas deben enfrentarse a trámites y situaciones de gran impacto emocional.

Una vez presentado este panorama de trabajo, el presente manual se va a organizar siguiendo una línea temporal (de la preadvertencia al postimpacto) intentando presentar las distintas labores propias de cada fase. Para ello vamos a distinguir tres tipos de tareas muy relacionadas con las fases propuestas:

- Tareas de prevención (fases de preadvertencia y advertencia):
  - Tareas encaminadas a inculcar las actitudes prudenciales.
  - Preparación de la población.
  - Preparación de los intervinientes (técnicos y voluntarios).
  - Investigación.
- Tareas de activación (primeros momentos de la fase de impacto):
  - Análisis y valoración del suceso.

- Activación de los recursos.
  - Organización del trabajo.
- Tareas de intervención (fase de impacto y postimpacto):
- Tipos de intervención.
  - Gestión de la comunicación.
  - Asesoramiento en la organización de evacuaciones.
  - Apoyo psicológico a afectados.
    - Fases.
    - Casos especiales.
  - Apoyo psicológico a técnicos.
  - Casos de intento de suicidio.
  - Emergencias multiculturales.
  - Triage, trastornos y terapias.
  - Apoyo durante el duelo.

# 1. PREVENCIÓN: FASE DE PREADVERTENCIA Y ADVERTENCIA

Aunque una separación por fases no deja de ser algo artificial, a nivel organizativo y didáctico es importante realizar esta división. La fase de preadvertencia comprende los períodos entre catástrofes en los que no se concreta el riesgo de amenaza inminente. Durante esta fase, la labor de los técnicos en emergencias debe ser de carácter educativo, favoreciendo la cultura preventiva. Esta fase acaba en el momento que se avisa a la población de que existe un riesgo cercano de padecer cierta emergencia, pasando a la fase de advertencia, en la que nuestro trabajo irá enfocado a dar a conocer las medidas de autoprotección más adecuadas para el tipo de emergencia que se aproxima.

Un refrán español reza «no nos acordamos de Santa Bárbara hasta que truena». Este manual no quiere caer en este tópico y, por eso, pretende comenzar proponiendo algunas acciones y aspectos organizativos que podemos (debemos) empezar a realizar en la fase de preadvertencia, es decir, ya.

## 1.1. LAS ACTITUDES PRUDENCIALES

La prevención ante las posibles emergencias engloba una serie de actitudes que se han enmarcado bajo el nombre de actitudes prudentiales, entre las que se podrían diferenciar:

1. *Previsión:*
  - Formación.
  - Autoprotección.
  
2. *Prevención:*
  - Planificación.
  - Planes de emergencia.

### 3. *Precaución:*

- Análisis de riesgos.
- Inspección.
- Limitación.
- Prohibición.

La puesta en marcha y la concienciación en la necesidad de tener y mantener planes que recojan las distintas actitudes está muy relacionado con la cultura de la sociedad. Así, existen países (tómese como sinónimo de cultura o sociedad) en los que se está muy concienciado sobre estos comportamientos preparatorios (como sería el caso de Japón), mientras que otras culturas, más individualistas, no son tan conscientes de la necesidad de mantener una preparación ante posibles catástrofes. La psicología social, y más concretamente la psicología de los grupos, tiene mucho que aportar sobre este tema.

Sin entrar en detalles, parece claro que la prevención es más «barata» y en este caso me refiero no sólo al nivel económico, sino humano y psicológico.

La enumeración de las distintas tareas que engloban las actitudes prudenciales da una primera idea de la cantidad y complejidad de las labores que en la fase de preadvertencia se puede realizar para preparar a la sociedad y minimizar las pérdidas (humanas y materiales) y las secuelas de un desastre. Además nos indica la diversidad de especialidades (técnicos) que deben involucrarse en este trabajo.

La prevención frente a las catástrofes irá encaminada, por un lado, a la *preparación de la población* ante posibles amenazas, y por otro, a la *formación de los profesionales* de la asistencia en catástrofes.

## 1.2. LA PREPARACIÓN DE LA POBLACIÓN

Para la preparación mental y conductual de la población, Puertas (1997) aconseja la realización de actividades que enseñen los peligros reales, así como a tomar medidas oportunas ante estos peligros.

Estas actividades pueden resumirse en:

- Simulacros de evacuación (colegios, hospitales, barrios, etc.).
- Cursos sobre primeros auxilios. Dirigidos no sólo a profesionales de la salud, sino a grupos de voluntarios, personas interesadas, empresas, etc.

- Artículos de prensa o programas televisivos sobre los peligros existentes (en su dimensión real) o sobre las medidas para minimizar sus consecuencias. Las televisiones regionales y, en su caso, las locales pueden realizar programas más concretos para cada zona.
- Campañas publicitarias o programas comunitarios para motivar a la población hacia la participación ciudadana en caso de catástrofes.
- Cursos y programas de información que permitan comprender los mecanismos de respuesta ante situaciones de riesgo o pérdida familiar (miedo, ansiedad, etc.) y a minimizarlas. Asimismo, proporcionar información que muestre cómo dar apoyo efectivo a los demás.

Algunos profesionales de las emergencias, como los bomberos, se plantean que si la educación vial se ha introducido en los colegios como asignatura para prevenir los accidentes de circulación, no es descabellado proponer una «asignatura» en la que los niños (jóvenes) aprendan qué comportamientos deben tener en distintas emergencias.

#### NOTICIA

##### **Asia. Una niña de diez años salvó a su familia al reconocer los prolegómenos de un tsunami**

<http://www.lukor.com/not-mun/asia/0501/02162430.htm>  
LONDRES, 2 (EP/AP)

Una niña británica que reconoció los indicios de los maremotos gracias a una reciente lección de geografía salvó a su familia y a unos cien turistas en una playa de Tailandia, según se supo hoy.

Tilly Smith, de 10 años, *vio que la marea bajó rápidamente y recordó que en el colegio aprendió que eso es un indicio de que un maremoto está por venir*, de modo que se lo dijo a su madre, indicó el diario *The Sun* en su edición dominical.

La niña explicó que había estudiado el fenómeno de los tsunamis dos semanas antes en su colegio de Oxshott, en el sur de Londres. Sus padres, Penny y Colin Smith, alertaron a otros turistas y al personal del hotel en el que estaban hospedados en Phuket.

El personal evacuó la playa Maikhao minutos antes de que las olas se estrellaran en la costa, indicó el diario. De acuerdo con *The Sun*, esa playa fue una de las pocas de Phuket donde no hubo muertos ni heridos de gravedad.

«Estaba en la playa y el agua se puso rara», explico Tilly al diario. «Había burbujas y la marea bajó completamente de manera repentina. Me di cuenta de lo que estaba pasando y tuve el presentimiento de que iba a haber un tsunami. Se lo dije a mi mamá», relató.

Penny Smith, de 43 años, dijo que salió corriendo de la playa después de que Tilly le explicara lo que iba a suceder. «No quiero ni pensar lo que hubiera pasado si nos hubiésemos quedado», declaró la madre. «Minutos después, el agua avanzó por encima de la playa y arrasó todo a su paso», añadió.

## NOTICIA

### ***Condecoran a una niña que salvó a decenas de personas del tsunami que golpeó Samoa***

<http://es.euronews.net/2009/10/14/condecoran-a-una-nina-que-salvo-a-decenas-de-personas-del-tsunami-que-golpeo-/14/10/09> CET

Este miércoles todos los niños de clase querían ser como Abby Wutzler, la nueva heroína nacional de Nueva Zelanda. Las autoridades de este país la han condecorado por salvar la vida de decenas de personas al avisarles de la inminente llegada de un tsunami. Con la modestia que le permiten sus 10 años, Abby creía no merecer el reconocimiento: «Esto es demasiado, cualquiera que sobrevive a un tsunami es un héroe».

*Abby vio cómo de pronto el mar se hundía, uno de los signos de alerta que le enseñó la señorita Mudge, que afirma con emoción que «es la primera vez en 20 años» que tiene la certeza de que algo que ha enseñado se ha quedado grabado en un alumno. Los hechos ocurrieron el pasado 29 de septiembre en una isla de Samoa, donde Abby estaba de vacaciones. Minutos después de que recorriera la playa diciendo a la gente que se cobijase en un lugar elevado, una ola gigante lo barrió todo.*

En una entrevista realizada a Korinna von Teichman, geógrafa del Proyecto «Transfer», afirmaba: «Sería muy recomendable hacer simulacros, aunque eso quizá pueda generar alarma en la sociedad si no está acostumbrada a llevarlos a cabo. Un buen lugar para comenzar es la escuela, porque los niños llegan a casa y cuentan a sus padres lo que han aprendido, y de esa forma la información se transmite<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> <http://www.lavozdigital.es/cadiz/20090311/ciudadanos/buena-actitud-ante-catastrofe-20090311.html>.

También es importante la colaboración de los medios de comunicación para la difusión. De cualquier manera, lo que habrá que tener presente es que la formación en estos temas no puede limitarse a la enseñanza tradicional (clase magistral), sino que el alumno debe aprender a través de ejercicios motrices que le permitan, en un estado emocional alterado y poco racional, realizar unas conductas de autoprotección (al final de este capítulo puede encontrar un ejemplo de este tipo de formación en la propuesta «Programa de cultura de autoprotección para niños basado en la educación a través de la acción»).

### 1.3. LA PREPARACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Antes que nada es necesario aclarar que al hablar de profesionales me refiero al aspecto técnico y no al económico. Es decir, entiendo por profesional tanto al técnico que tiene una profesión relacionada con la gestión de la emergencia y que cobra por ello, como al voluntario que realiza funciones paralelas aunque no reciba remuneración.

La prevención a este nivel pasa por una adecuada selección y por su formación (Duch, Fortuño y Lacambra, 1997). Una formación que debe caracterizarse por ser práctica, concreta y continua.

Si la selección del profesional presenta carencias importantes en muchos casos, en lo que respecta al voluntario esto se hace más palpable, ya que prácticamente se adolece de ello. Y, sin embargo, la ONG Voluntarios en línea ([onlinevolunteering.org](http://onlinevolunteering.org)) afirma: «Examinar atentamente las solicitudes para seleccionar a los voluntarios más cualificados es una de las condiciones para obtener resultados satisfactorios»<sup>2</sup>.

El perfil buscado en los voluntarios debe incluir una edad que asegure la madurez emocional y una personalidad estable, con autocontrol y capacidad para afrontar las situaciones de dolor. De no ser así, el voluntario puede convertirse, a pesar de su buena voluntad, en una carga, más que en una ayuda.

Además, la asignación a situaciones de gravedad debe atender a la experiencia previa y seguir una progresión en dificultad, lo que evitará un desbordamiento emocional.

En cuanto a la formación complementaria a las propias de su labor debe tener como objetivo:

- La adquisición de habilidades de comunicación.

---

<sup>2</sup> [http://www.onlinevolunteering.org/es/org/resources/selecting\\_volunteers.html](http://www.onlinevolunteering.org/es/org/resources/selecting_volunteers.html).

- La adquisición de técnicas efectivas para reconocer y tratar el estrés (tanto de los afectados como el suyo propio).

Junto a estas actividades, es necesario que se pongan en marcha programas para prevenir las construcciones en zonas de riesgo, que se elaboren y se revisen de forma periódica los planes territoriales de respuesta a las emergencias y que no se conviertan en un documento estático y olvidado en el cajón de una mesa.

#### **1.4. INVESTIGAR EL COMPORTAMIENTO HUMANO EN CATÁSTROFES**

El psicólogo especializado en emergencias se ha centrado en la intervención en estas situaciones, adaptando principios desarrollados por otras especialidades (psicología clínica, psicología social) e, incluso, otras ciencias. Sin embargo, es importante que se comience a elaborar un cuerpo de investigación sobre los diversos aspectos que comprende nuestra labor y que sirva de guía con base científica de las orientaciones que hacemos.

Un ejemplo de adaptación de conocimientos de otras ciencias a la intervención en catástrofes, ha sido la aportación de conocimientos sobre el comportamiento colectivo de otras especies aplicados al comportamiento del hombre en situaciones de amenaza y huida.

Los descubrimientos de Couzin (2007) sobre el comportamiento colectivo de otras especies han permitido desarrollar el concepto de *cerebro colectivo* y aplicar estos descubrimientos a los colectivos humanos, concluyendo que pequeñas minorías informadas o participantes especialmente influyentes son capaces de guiar a otros individuos hacia un objetivo sin necesidad de comunicación verbal directa o señales específicas (Dyer et al., 2008). Anteriormente Couzin, Krause, Franks y Levin (2005) habían demostrado en una serie de experimentos el beneficio de contar con una persona informada sobre las rutas de escape en una situación de evacuación.

Otra investigación cuyos resultados debemos aplicar a los simulacros es la realizada por Jugiman y Moumi (citados en Hernández Mendo, Estrella, Gálvez y Ortega, 2001), en la que se compararon dos tipos de liderazgo en evacuaciones (*Follow Direction* y *Follow Me*) y cuyos resultados indican que el método *Follow Me* es el más eficaz, si bien necesita que los líderes conozcan muy bien la ubicación de la salida (véase apartado «Evacuación de edificios públicos»).

¿Qué puedo hacer ya?

- Conocer los factores naturales y artificiales que pueden ser una amenaza en tu hogar, tu barrio o tu ciudad (incendio, inundación, terremoto...).
- Conocer el plan de evacuación del edificio donde se vive y de la empresa en la que se trabaja.
- Conocer y adoptar planes de autoprotección adecuados para las amenazas detectadas.
- Formarse en primeros auxilios.
- Participar de forma «seria» en los simulacros.

#### **1.4.1. Programa de cultura de autoprotección para niños basado en la educación a través de la acción**

La aplicación de un programa de juegos de ejercicios que simulan la actuación ante situaciones de emergencia se justifica por los descubrimientos realizados desde la psicología social y la etología sobre el comportamiento grupal (Couzin, 2008; Pauls y Jones, 1980; Proulx, 1991; Sugiman y Misumi, 1988) que ponen de relieve el efecto de variables como el liderazgo, la información previa, el método de evacuación o la existencia de un «cerebro colectivo» en las situaciones de catástrofes.

Estos estudios indican que en estas situaciones los grupos se comportan de forma similar a otros grupos de animales y toman decisiones sobre el desplazamiento como si fuesen un único organismo. También concluyen que si existe un sujeto bien informado, actúa como líder siendo seguido por el grupo en la acción de evacuación de los edificios, fenómeno que puede facilitar el desplazamiento a lugares seguros.

Por tanto, contar con personas (en este caso niños) que conozcan el comportamiento adecuado para desplegar en las situaciones de emergencia, puede servir para aumentar las probabilidades de supervivencia, no sólo de este sujeto, sino del grupo implicado.

#### **Metodología**

El aprendizaje de conductas que no se ejecutarán en breve y que, de llevarse a cabo, lo harán bajo estado altamente emocional, debe

realizarse a través de la práctica motora, mediante simulacros de las situaciones de emergencia sobre las que se pretende proteger y potenciando el ensayo-error, lo que permitirá ser «recordada o imitada» bajo situaciones de alto estrés en los que prima el comportamiento emocional y gregario frente al racional.

### **Dirigido a**

Grupo de menores que estén motivados en el aprendizaje de actividades de prevención y autoprotección.

### **Programa de actividades**

Las siguientes actividades son una base del programa de aprendizaje que puede completarse con otras actividades más específicas, dependiendo de que se cuente con la colaboración de organismos como los bomberos o algún profesional de la sanidad para el aprendizaje de primeros auxilios.

El programa puede ser presentado como unas «Olimpiadas del salvamento», lo que motivará más a la participación y al esfuerzo. Al acabar, los participantes pueden ser «premiados» con un diploma que reconozca su colaboración y conocimiento adquirido con la posibilidad de integrarse como miembro infantil-juvenil de la asociación (también podría solicitarse que este diploma fuese otorgado por los bomberos o la Consejería de Seguridad Ciudadana).

El programa comienza con una charla dirigida a los niños, y que tiene como objeto desarrollar su actitud de cuidado y altruismo a través de la presentación de ejemplos de personas que han sobrevivido a una catástrofe gracias a su conducta, o que han salvado vidas.

### **Reflexión**

Todo ejercicio acaba con una reunión del grupo de niños, a los que se les pregunta por las dificultades encontradas y cómo creen que pueden resolverse.

### Ejercicios para aprender conductas de autoprotección en incendios

COMPORTAMIENTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD
Reacción espontánea	Autoconocimiento del comportamiento ante situaciones de emergencias concretas.	Se les pide a los niños que permanezcan realizando una actividad y que, cuando escuchen la bocina, imaginen que se ha producido un incendio en el local y que actúen en consecuencia.
La evacuación con humo	Adaptar la conducta a la situación de escape entre el humo que provoca el incendio y que no deja ver y dificulta la respiración.	Partiendo de la situación en la que se encontraban en el ejercicio anterior, se les pide a los niños que se venden los ojos y que al escuchar la bocina vuelvan a realizar el ejercicio.
La evacuación con humo II		Se repite el ejercicio anterior, pero esta vez se añaden «bolillas pestosas» en algunas zonas del trayecto que dificulte la respiración. Después se les indica que la forma correcta de escapar es tapándose la nariz con un trapo, a ser posible húmedo, agachado y pegado a la pared. Sin abrir ninguna puerta que esté más caliente que el entorno o por la que salga humo, y cerrando las ventanas que vamos dejando atrás. Se repite el ejercicio.
Cuando nos encontramos encerrados	Conocer las medidas que se han de adoptar si se queda atrapado y el humo entra por la rendija de la puerta.	Se indicará a los niños que permanezcan en una habitación que cuente con una ventana. A continuación se les avisa de que el fuego que está fuera de la habitación no les permite escapar de ella. Después se les pide que actúen en consecuencia. Si a alguno se le ocurre tapar la rendija de la puerta y/o abrir la ventana y permanecer junto a ella pidiendo socorro, se le reforzará; si no ocurre así, se les explicará el correcto proceder y se repetirá el simulacro.

COMPORTAMIENTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD
Rodando, rodando	Saber la forma correcta de proceder si se prende parte de la ropa.	Se pide a los niños que imaginen que la ropa que llevan se incendia. Se les pide que actúen en consecuencia. Después se les explica que la forma correcta de proceder es: si la prenda es fácil de quitar, quítasela; si no, rodar por el suelo.
Cuando llevo a casa huele a gas	Conocer el correcto proceder en este caso.	Se les explica la situación: es de noche, llegas a casa y al abrir la puerta notas el olor del gas. ¿Qué haces? Se pide a un voluntario que realice la acción. Al terminar se le pregunta a los demás si están de acuerdo con lo que ha hecho su compañero. Después se explica que: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. No encender la luz.</li> <li>2. Si es posible, tapándose la nariz abrir las ventanas.</li> <li>3. Cerrar la bombona.</li> </ol>
En busca del peligro perdido	Conocer los riesgos de su centro escolar.	Se enumeran los «lugares de riesgo» de incendio que pueden encontrarse en un centro escolar: <ul style="list-style-type: none"> <li>— Laboratorio.</li> <li>— Biblioteca.</li> <li>— Enchufes en mal estado.</li> <li>— Almacenes.</li> <li>— Puertas de emergencias «canceladas».</li> </ul> Se les pide que localicen cada una de estas zonas y las anoten en un plano. También que anoten lugares donde se encuentran los extintores y las «rutas de escape» desde su aula. Por último, se les anima a que hagan esta ruta con los ojos cerrados.

COMPORTAMIENTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD
<p>Huston, tenemos un problema</p>	<p>Conocer los datos y el orden en que se deben dar cuando llamamos a un servicio de emergencia.</p>	<p>Se les narra a los niños la siguiente historia: estáis en el local y se produce un incendio que no os deja salir. Además uno de vosotros al intentar huir se ha caído y parece que tiene una fractura en la pierna. Tenéis un teléfono móvil y llamáis a los bomberos.                      Pedir a los niños que os vayan diciendo cómo y qué comunicarían.                      Después se les explica el orden de los datos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Lugar donde se encuentran.</li> <li>— Qué ocurre.</li> <li>— Heridos y tipo.</li> <li>— Cuántos sois.</li> <li>— Cómo te llamas.</li> </ul>

**Ejercicios para aprender conductas de autoprotección en terremotos**

COMPORTAMIENTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD
Los puntos rojos	Conocer los riesgos del local en caso de terremoto.	Se les pide a los niños que encuentren los objetos, muebles o zonas que pueden representar un peligro en caso de terremoto. Para ello, en una cartulina se escriben los siguientes: estanterías, objetos grandes o pesados en la parte superior de muebles, lámparas, espejos grandes, ventanas, escaleras. En el exterior: aleros, macetas, balcones, chimeneas...
Eliminando puntos rojos	Saber cortar el gas, la electricidad y el agua.	Los niños deberán pedir a sus padres que les enseñen dónde se encuentran las llaves de paso del agua, el cuadro de los fusibles y la bombona de gas y cómo se cierran o cortan estas llaves.
Los puntos verdes	Conocer los puntos seguros en un edificio.	Se le pide a los niños que reconozcan las zonas del local que son más seguras. Para ello se escriben en una cartulina los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>— Bajo un mueble resistente, como mesa o escritorio.</li> <li>— Junto a un muro de carga.</li> <li>— Extensión de la actividad: realizar el mismo ejercicio en la propia casa y en el centro escolar.</li> </ul>
Puesta en práctica	Poner en práctica lo aprendido en las actividades anteriores.	Se les pide a los niños que se muevan por el local y que al oír la bocina actúen según lo aprendido y simulando que hay un terremoto. Cuando todos están colocados se les pide a los demás que evalúen el lugar elegido.

COMPORTAMIENTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD
Puntos verdes del barrio	Conocer los lugares seguros en el barrio o ciudad.	Se les pide a los niños que formen equipos y que busquen en los alrededores del local lugares seguros siguiendo el principio de alejarse de edificios, árboles, postes eléctricos o telefónicos, puentes, semáforos, farolas... Extensión de la actividad: realizar el mismo ejercicio en el propio barrio.
Vueltas y vueltas	Conocer las dificultades que el temblor sísmico provoca en el desplazamiento.	Se les pide a los niños que den vueltas sobre su eje hasta que escuchen la bocina, y cuando esto ocurra deberán ir hasta un lugar seguro. Después se comentan las dificultades para desplazarse y, por tanto, la conveniencia de moverse lo menos posible.
Bajando las escaleras	Conocer el peligro de bajar una escalera durante un terremoto.	Se les explica a los niños que durante un terremoto no se debe usar el ascensor y sólo usar las escaleras si es preciso evacuar. Para que comprendan la dificultad de usar las escaleras se colocará una cuerda lo más gruesa posible de forma paralela a la barandilla que vaya desde la parte alta al final de un tramo y cuyos extremos estarán sujetos por un monitor. Se les pide a los niños que tras dar 20 vueltas sobre su eje bajen las escaleras sujetándose al cabo. Durante la bajada los monitores van moviendo la cuerda arrimándola a la barandilla o a la pared.

**Ejercicios para aprender conductas de autoprotección ante situaciones especiales**

COMPORTAMIENTO	OBJETIVO	ACTIVIDAD
El «atoro» en la puerta	Eliminar el efecto «encierro de san Fermín» en la salida del local.	Se le pide a los niños que cuando salgan, en lugar de quedarse en el paso junto a la puerta, sigan a paso ligero hasta permitir la salida de los demás. Para ello se solicita que los dos primeros en salir se coloquen a ambos lados de la puerta y cuando vaya saliendo el resto, los aparten de la zona de paso cogiéndolos de un brazo y tirando de ellos hacia los laterales.
El «paso del caballo»	Aprender a moverse entre la muchedumbre en un episodio de pánico.	Los niños forman en varias filas de forma muy agrupada (tomándose los codos los de la misma columna) y comienzan a marchar. Se le pide al niño que se encuentra en el extremo derecho de la última columna que atraviese el grupo y se encuentre con el niño que va en la primera fila en el extremo izquierdo. Después se repite el ejercicio pidiéndole que lo haga avanzando dos pasos al frente y uno a la izquierda.
Atrapados con salida	Experimentar la sensación de claustrofobia asociada a la estancia en un laberinto similar a la situación de quedarse atrapado entre escombros en un edificio derrumbado.	Se construirá un laberinto con materiales inocuos basado en una estructura de madera y cubiertas de cartón. Las dimensiones deben ser reducidas (necesidad de ir agachados, a gatas y reptando). Dentro del laberinto (semioscuro) se colocan piezas de corcho (de embalaje) para simular las dificultades propias de un derrumbe. Pueden utilizarse otras tácticas, como el uso de redes, cartones de huevos en el suelo, etc., para que el niño vaya salvando los obstáculos.

## **2. ACTIVACIÓN: PRIMEROS MOMENTOS DE LA FASE DE IMPACTO**

### **2.1. ANÁLISIS Y VALORACIÓN DEL SUCESO<sup>1</sup>, ACTIVACIÓN DE RECURSOS Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO**

En la actualidad prácticamente todos los Planes Territoriales de Intervención en Emergencias contemplan el protocolo de activación de los distintos organismos, entidades y profesionales. En el caso del GIPEC, suele ser Protección Civil quien realiza la llamada de activación. Es por ello que, antes de empezar, anotemos aquí la importancia que tiene que este organismo (y más concretamente la persona/cargo responsable de esta gestión) cuente con un sistema rápido de contactar con el responsable del grupo de psicólogos (normalmente el móvil).

En el momento que se recibe la activación (véase tabla 2.1), el coordinador del grupo de psicólogos o el psicólogo encargado de recibir la información debe aprovechar esta comunicación para recoger la información necesaria para la inmediata valoración de la situación (véase ficha de recogida de datos del suceso). Esta valoración termina con la determinación del nivel de activación (véase tabla 2.2) que requiere el evento y que servirá de criterio para determinar los efectivos que se van a activar.

Una vez que se ha determinado el nivel de activación, el coordinador activará a los responsables de los equipos, que pasarán a realizar sus tareas propias: coordinar la labor del grupo con la de otros responsables y técnicos (médicos, bomberos, policías, trabajadores sociales, prensa...), determinar en qué lugares se llevará a cabo el apoyo psicológico u otras tareas (estratégicas o de asesoramiento). Ello le ayudará a determinar el número de psicólogos que debe asignar por turnos.

---

<sup>1</sup> El modelo de gestión de la activación propuesto en este apartado se basa en el documento *Intervención psicológica de emergencias y desastres* de los Servicios Sociales de la Diputación de Córdoba [http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/Protocolo\\_ipcased.pdf](http://www.ipbscordoba.es/uploads/Documentos/Protocolo_ipcased.pdf).

Éstos actuarán formando equipos de intervención en los que el miembro más experimentado hace de responsable (organizará la intervención desde el mismo campo de actuación).

Al repartir el trabajo se tendrá como criterio principal la asignación de familias, ya que la intervención directa con los afectados debe hacerse, en lo posible, asignando a cada familia un psicólogo de referencia que establecerá una relación positiva y conocerá lo más ampliamente posible las características de la unidad familiar.

Comienza entonces el trabajo de los técnicos (psicólogos) de los equipos de intervención. Éste es el trabajo propiamente dicho del psicólogo de emergencias. En primer lugar identificará a los miembros de la familia que le haya sido asignada. Es un momento de suma importancia, ya que del mismo depende la relación que se establezca (recordemos la importancia de las primeras impresiones). La disponibilidad, la cordialidad, la privacidad y la credibilidad deben guiar este primer contacto. De forma paralela irá realizando una evaluación, por un lado, sociofamiliar, para conocer los puntos fuertes y débiles de las relaciones y el apoyo social con el que cuentan, y por otro lado, individual para conocer el grado de afectación de cada miembro. Una vez realizada esta evaluación (que no acaba aquí, sino que se prolonga durante todo el proceso), el psicólogo debe estimar cuál va a ser su intervención y sobre quién (en el capítulo de intervención con los afectados se tratará este tema).

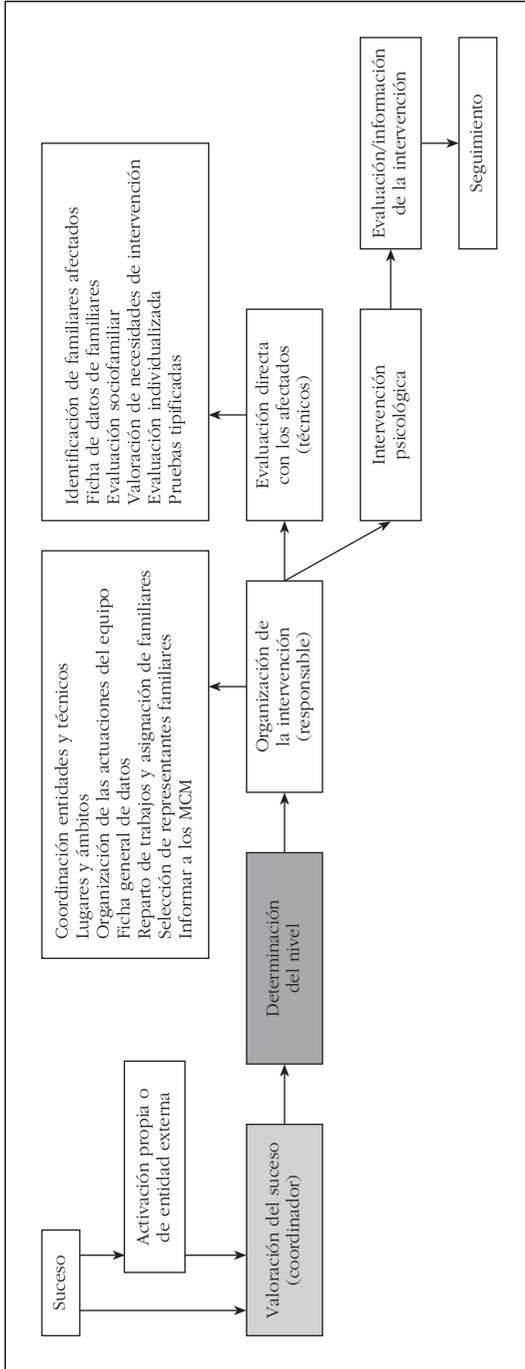


Figura 2.1. Estructura funcional de la activación del GIPEC.

**TABLA 2.1**  
**Ficha de datos del suceso**

Gravedad del suceso		
	Pérdidas materiales	
	Pérdidas humanas	
	Capacidad de respuesta del sistema	
	Ruptura y daños producidos en los sistemas sociales	
Impacto social		
Localización		
	Procedencia de los afectados	
	Factores de vulnerabilidad grupal	
	Inmigrantes	
	Mayores	
	Niños	
	Discapacitados	
Repercusiones		
	Emocionales	
	Económicas/familiares	
	Pérdida de recursos	

**TABLA 2.2**  
Niveles de activación

NIVEL		0. MUERTE NATURAL O MUERTE ACCIDENTAL	1. ACCIDENTE DE TRÁFICO O LABORAL	2. EMERGENCIA POR ACCIDENTE DE AUTOBUSES, TRENES...	3. DESASTRES (accidentes múltiples de autobuses, inundaciones, atentados terroristas)	4. CATÁSTROFES (terremotos, fenómenos naturales)
SUCCESO	PÉRDIDAS HUMANAS	Con bajo número. Sin casos especiales.	Número aproximado de 3 o situación especial (niño, cadáver sin hallar, suicidio...).	Pérdidas elevadas.	Gran número de pérdidas.	Gran número de pérdidas.
	PÉRDIDAS MATERIALES	Con bajo número de afectados.	Afectan a un grupo pequeño de personas.	Afectan a un importante grupo de personas.	Afectan a gran número de personas.	Afectan a gran número de personas.
IMPACTO SOCIAL		No se valora.	Sí.	Importante.	Fuerte.	Fuerte.

**TABLA 2.2 (continuación)**

NIVEL	0. MUERTE NATURAL O MUERTE ACCIDENTAL	1. ACCIDENTE DE TRÁFICO O LABORAL	2. EMERGENCIA POR ACCIDENTE DE AUTOBUSES, TRENES...	3. DESASTRES (accidentes múltiples de autobuses, inundaciones, atentados terroristas)	4. CATÁSTROFES (terremotos, fenómenos naturales)
SITUACIÓN DE EMERGENCIA	No hay.	Hay recursos suficientes y no hay interferencias ni daños en los sistemas sociales.	Hay recursos suficientes y ruptura de la normalidad del sistema.	No hay recursos suficientes, Ruptura y daños en la estructura social.	Se requiere ayuda externa. Estructura social destruida.
INTERVENCIÓN	Cuando se considere conveniente.	Desde el primer momento.	Desde el primer momento.	Desde el primer momento.	Desde el primer momento.
EFFECTIVOS	Un psicólogo.	Según se valore por parte del responsable.	Según se valore sin agotar los recursos.	Todos los profesionales y externos.	Número ilimitado.

### 2.1.1. ¿Qué podemos hacer ya?

Es importante que el grupo de psicólogos que será activado en caso de emergencia se familiarice con esta tarea. Para ello deben realizarse simulacros o estudios de casos. A continuación se proponen algunos casos con los que puede trabajar.

Suponiendo que el grupo de psicólogos recibe una llamada de activación, evalúe la situación, asigne un nivel de activación, active los recursos que crea necesario previendo los posibles escenarios, las intervenciones y las potenciales tareas.

#### **Caso 1**

Se ha derrumbado un edificio en un barrio periférico de la ciudad donde vive un número importante de inmigrantes. Las noticias hasta el momento es que hay 4 muertos, 10 heridos y 16 familias afectadas (se han quedado sin hogar).

#### **Caso 2**

Se ha producido un accidente aéreo en la pista del aeropuerto cuando despegaba el avión en el que viajaban 68 personas. No han fallecido todas. El recuento provisional apunta a unos 32 muertos (entre pasaje y tripulación) y el resto con heridas de diversa consideración. Algunos cadáveres (al menos 6) han quedado calcinados y deberán ser identificados mediante pruebas de ADN, por lo que pasarán varios días hasta que acabe el reconocimiento. Se sabe que en el avión viajaban personas residentes en la ciudad y otras de fuera (turistas nacionales y comerciales). También se sabe que, al menos una pareja fallecida era de Francia. Tres pasajeros eran niños.

#### **Caso 3**

Esta tarde se ha ahogado un joven que jugaba con otros amigos en una zona de acantilados. Aún no se ha recuperado el cuerpo. Aunque la Guardia Civil sigue buscándolo, el oleaje y la próxima caída de la noche hacen aconsejable dejar hasta mañana la búsqueda. Los familiares (padre, madre, hermano y unos tíos) permanecen en la zona.

## EXPERIENCIA

### ***De la teoría a la práctica: la importancia de aprender en los simulacros***

En este capítulo se ha hablado de la necesidad de establecer protocolos, pero debe entenderse que las acciones que estos documentos proponen deben ser revisadas y modificadas en base a lo que la experiencia va dictando, y no, como suele ocurrir, basándose en un ejercicio racional basado en conocimientos teóricos o lógicos.

Esto nos ocurrió en el GIPEC del COP de Melilla. Entre los protocolos de actuación, el grupo propuso un sistema de activación basado en el contacto a través de los móviles. Todos los miembros suelen (o deben) llevar los números de sus compañeros para casos de necesidad.

Sin embargo, tras participar en un simulacro con otras entidades (Protección Civil, Guardia Civil, Consejería de Bienestar Social...) reflexionamos sobre el sistema llegando a varias conclusiones:

- El sistema era serial (lo que enlentecía la transmisión de información, dando lugar a cortes de la misma), paralelo (difícilmente controlable) y circular (consultas sobre distintos aspectos y sobre nuevas situaciones).
- En caso de catástrofe, las líneas se colapsan (¿habéis intentado llamas algún fin de año a las 00:01 para felicitar a alguien?).
- Muchos de nosotros (quizá el encargado de activar) serían parte de los afectados (fallecidos o heridos graves) en una catástrofe.

Ante esta situación discutimos sobre las posibles soluciones, proponiendo unas modificaciones adecuadas al tamaño de nuestra ciudad y de la localización de la sede del COP:

«Como resultado del simulacro vimos que hay que establecer una forma de comunicación en caso de emergencias que estaría centralizada en la sede del COP, mediante una persona que organice la activación. Se propone la elección de un miembro del grupo como *responsable de comunicaciones*. Este miembro, en caso de catástrofe, abriría la sede y centraría las comunicaciones con el coordinador y los demás miembros, siendo el nudo de enlace. Los demás miembros deberían acudir en persona a la sede en primera instancia para que se les asignara su intervención».

### 3. INTERVENCIÓN: FASE DE IMPACTO Y POST-IMPACTO

En estas fases se realizan la gran mayoría de intervenciones para las que el psicólogo de emergencias se ha estado preparando. Se comprimen en pocos días (fase de impacto), y durante turnos agotadores, un elevado número de labores urgentes e inesperadas. Esto debe tenerse en cuenta, tal como se ha afirmado ya, a la hora de seleccionar, formar y asignar tareas a los distintos técnicos.

Para comenzar podríamos dividir nuestra actuación en tres tipos de tareas ya dibujadas en la organización propuesta en la tabla 1: *tareas estratégicas*, relacionadas con el asesoramiento a instituciones, la evaluación de necesidades, la coordinación de equipos y las relaciones con los medios de comunicación; *tareas con afectados y familiares* y *tareas con intervinientes* (profesionales y voluntarios), que englobarían tanto el apoyo y ventilación emocional como el asesoramiento en la organización de turnos, descansos, asignación de tareas, etc.

#### 3.1. LA GESTIÓN DE LA COMUNICACIÓN

##### 3.1.1. La figura del portavoz

###### NOTICIA

***Silvio Berlusconi a los afectados: «Tomadlo como un día de camping»***

<http://www.abc.es/20090408/internacional-europa/berlusconi-afectados-tomadlo-como-200904081207.html>

L'AQUILA (agencias) 08-04-09

El primer ministro italiano Silvio Berlusconi sigue cubriéndose de gloria en sus declaraciones tras el terremoto que ha dejado 250 muertos y más de 1.000 heridos en el centro de Italia. Si ayer pidió a los afectados

que se fueran a la costa, que aprovechen los días libres porque «pagamos nosotros» y pidió directamente a Estados Unidos que ayude a reconstruir los pueblos afectados, hoy ha recomendado a quienes se han quedado sin casa y tienen que dormir en tiendas de campaña «que se lo tomen como un fin de semana de camping».

Así lo dijo el controvertido premier italiano en la televisión alemana N-TV. «No les falta de nada. Tienen alimentos, medicinas... Claro que su situación actual es provisional, pero por eso mismo deberían tomárselo como un fin de semana de camping», respondió a la periodista que le preguntó por los afectados.

Unas 17.000 personas se han quedado sin casa a causa del seísmo y la mayor parte están pasando la noche en los campamentos con tiendas de campaña desplegadas en L'Aquila, capital de la provincia de los Abruzzos.

Podemos usar esta noticia, aparecida en innumerables medios de comunicación, como excusa para apelar por la importancia de contar con un portavoz que sea la figura que centralice las declaraciones de los responsables políticos en situaciones de emergencia.

La existencia de un portavoz único como fuente de información es de suma importancia en la organización de las tareas previas y posteriores a una emergencia. Como señala Goiricelaya (1998), cualquier protocolo de actuación debe contar con un portavoz que esté asesorado por un gabinete de prensa. Su misión será responsabilizarse de las relaciones con la prensa, organizar ruedas de prensa, distribuir notas y comunicaciones, etc.

Para este autor, el portavoz debe, como estrategia de prevención, planificar las relaciones con la prensa. Además, las funciones que el portavoz irá realizando, en su labor como intermediario entre la entidad pública coordinadora de la respuesta y los medios de comunicación ante la situación de emergencia, son las siguientes:

- Informativa.
- De contención.
- Educativa.
- Asistencial.

### **1. Función informativa**

El portavoz debe tener presente que cuanto más exacta, fiable, completa y actual sea la información que vaya aportando, menos necesidad

tendrán los MCM de buscar otras fuentes (más o menos fiables), y por tanto, más control tendrá sobre la información que estos medios presenten y sobre la reacción que se desencadene en la población.

Para ello es necesario crear una fluida red interna de información y estar en contacto continuo con los diversos servicios intervinientes, así como anticiparse a la información que con mayor probabilidad le pedirán.

## **2. Función de contención**

Esta función consiste en la necesidad de atraer hacia su oficina a los medios de comunicación para aliviar la presión que ejercen en los responsables y técnicos del operativo.

## **3. Función educativa**

Se trata de que la información que les llega a la población sirva a la vez para enseñar cómo debe reaccionar y cómo enfrentarse a las distintas fases y problemas con los que puede encontrarse. Además, se debe educar fomentando la conducta de ayuda. En los períodos previos y en la fase de reacción, se comunicará sobre las medidas de autoprotección que han demostrado ser más eficaces, qué hacer ante los avisos de alarma, cómo informar a los ciudadanos... En los primeros momentos tras la catástrofe nuestro mensaje debe consistir en informar sobre el desastre en sí y su alcance. En fases posteriores, incitaremos a la acción, a la búsqueda de datos fidedignos y a erradicar rumores, así como a organizarse para la reconstrucción.

## **4. Función asistencial**

Esta función nos permitirá organizar distintas tareas haciendo llegar la información sobre la misma al propio afectado. Ello evitará pérdida de tiempo, aglomeraciones, irritación, pérdida de recursos, etc., optimizando la labor de los técnicos asistenciales. Entre los objetivos que debe cumplir el mensaje de carácter asistencial están:

- Transmitir guías y consejos de actuación inmediata y asistencia directa.
- Transmitir a los familiares noticias sobre la evolución de las víctimas.

- Proporcionar números de teléfonos en los que conseguir información.
- Dar a conocer itinerarios alternativos para acceder a la zona.
- Aconsejar y avisar sobre la utilización del agua o los alimentos.
- Informar sobre los lugares y la forma de conseguir ayudas o indemnizaciones.
- Advertir de los efectos psicológicos a largo plazo que pueden sentir las víctimas y sus familiares.
- Orientar sobre dónde dirigirse para recibir apoyo y asistencia.

El portavoz debe emitir mensajes que se adecúen a unas características que mejorarán su credibilidad, evitando ciertos errores que la perjudican.

PÉRDIDA DE CREDIBILIDAD	AUMENTA LA CREDIBILIDAD
Improvisar.	Salir preparado.
Engañar.	Ser honesto: si se cree que no es conveniente facilitar cierta información, decirlo claramente.
Querer tener total certidumbre.	Aceptar la ambigüedad.
Enfadarse, descontrolarse.	Mantenerse en una actitud amistosa y controlada.
Información espontánea.	Contestar sólo a las preguntas que se hagan.
Uso del «sin comentarios».	Admitir no conocer o no ser el momento apropiado.
Información privada, fuera de micrófono.	Información pública.

### 3.1.2. Factores para hacer más persuasivo el mensaje

El portavoz tiene en su mano provocar una respuesta en el receptor que puede ser más o menos apropiada a los fines que la organización de la respuesta a la emergencia ha establecido.

Para ello deberá adecuar la forma de su discurso a un formato lo más persuasivo posible. Presentamos una serie de indicaciones a este respecto:

- Respecto al emisor (en este caso el portavoz) debe poseer una serie de rasgos observables (edad, sexo, atractivo) e inferidos (credibilidad, expertismo, confianza). En estos momentos de ambigüedad e incertidumbre los afectados por una catástrofe buscan a alguien que les confiera confianza, que sean *expertos* en la materia que se está tratando o que se haya rodeado de estos expertos (ello hará que se gane en credibilidad y en competencia), que sean *sinceros* y reflejen esta sinceridad en su mensaje y/o que sean lo más *similares* posible a la audiencia (en este caso la semejanza se refiere a que esté pasando por situaciones similares).
- En cuanto a la forma del discurso debe contar con un ritmo moderadamente rápido, con cambios de tonalidad de la voz y un estilo conversacional (evitar leer un discurso) en una versión central del idioma (cultura).
- Para aumentar la credibilidad debemos utilizar el mayor número de argumentos de alta calidad (con respaldo científico o de expertos) que provenga de un número elevado de fuentes.
- Conviene utilizar mensajes bilaterales (con argumentos a favor y en contra) en los que se refuten algunos de los argumentos en contra.
- Se debe pedir la colaboración de la audiencia haciéndoles sentirse útiles.
- Si el discurso tiene como fin cambiar la actitud de los oyentes a medio o largo plazo o tiene como objetivo transmitir una imagen de tranquilidad, debe ser climático, dejando para los momentos finales el mensaje que deba quedar en la audiencia. Por tanto, el mensaje debe ir subiendo su nivel de interés, siendo el final impactante.
- Sin embargo, si nuestro objetivo es captar la atención del oyente desde el primer momento para solicitar de él una actuación inminente, el discurso será anticlimático. Colocando una idea corta, clara e impactante al comenzar la comunicación.
- Todo discurso, por muy mala que sea la noticia que se transmita, debe contener una posible solución (aunque sea parcial) que se derive de la propia actuación del oyente. Los mensajes catastrofistas no sirven para nada.

Como fuente oficial, el portavoz debe contar con respuesta a las interrogantes que le planteen los MCM, «¿qué?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿dónde?», lo que requiere una previa preparación y huir siempre de improvisaciones.

### 3.1.3. El rumor

El rumor puede definirse como una explicación de los acontecimientos que no ha sido verificada, que circula de persona a persona, generalmente de forma oral y que se refiere a un objeto, suceso o asunto de interés público (Hernández Mendo, Estrella, Gálvez y Ortega, 2001). De forma similar Arroyo Barrantes, Rodríguez y Pérez (2009) lo definen como una información incierta que no puede verificarse, pero que por diversas razones resulta verosímil para los medios y para la población.

Antes de pasar a enumerar las acciones que debemos usar para eliminarlo o, al menos, paliar sus efectos, debemos explicar cómo es el proceso que sigue una noticia no verificada cuando llega a un sujeto para convertirse en un rumor. Barlett (1932) explicó este proceso siguiendo el modelo de reproducción serial según el cual cuando la noticia llega al sujeto sufre un primer proceso de simplificación por el que se omiten los detalles y se cambia lo extraño por lo familiar. Posteriormente, se produce la racionalización o adaptación del contenido a la mentalidad del grupo. Finalmente, el mensaje se acentúa, proceso por el que aumenta la relevancia de algunos elementos. De esta forma el sujeto crea una noticia transformada que es el rumor. Conocer qué mecanismos subyacen a la creación de un rumor nos servirá de base para elegir acciones para controlarlo.

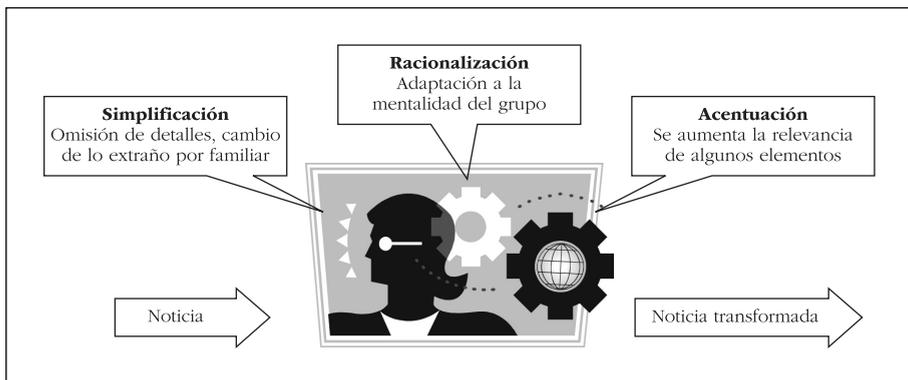


Figura 3.1.

### 3.1.4. ¿Cómo controlar o reducir el rumor asociado a catástrofes?

#### NOTICIA

##### ***Desmienten rumor de temblor en los próximos días***

<http://www.ultimasnoticias.com.ve/Noticias/Actualidad/Desmienten-rumor-de-temblor-en-los-proximos-dias.aspx>  
AVN 17/05/2011

La Fundación Venezolana de Investigaciones Sismológicas (Funvisis) desmintió rumores que se han propagado a través de algunas redes sociales acerca de un supuesto sismo para los próximos días.

Un boletín del organismo reseña que el presidente de Funvisis, Guy Vernáez, dejó claro que dicho ente no ha emitido alguna comunicación, información vía mensajes de texto o por correo electrónico.

Sostuvo que informaciones infundadas o malintencionadas como éstas lo que buscan es generar zozobra y pánico en la sociedad.

«Ante cualquier duda o inquietud, las personas deben buscar información en las fuentes oficiales y visitar la página web de la fundación: [www.funvisis.gob.ve](http://www.funvisis.gob.ve)», dijo.

Por otra parte, Funvisis sigue promoviendo la cultura sismológica en instituciones públicas, privadas, escuelas y comunidades de todo el país, a fin de seguir contribuyendo a la reducción de la vulnerabilidad sísmica a través de su programa Aula Sísmica Madeleilis Guzmán.

La fundación también pone a disposición del público el número telefónico 0800TEMBLOR (0800-8362567) para cualquier información al respecto.

El portavoz, o mejor, el centro de planificación de la información tiene entre sus misiones eliminar o disminuir los efectos de los rumores que, inevitablemente, aparecen cuando ocurre una catástrofe. Para ello se deben realizar una serie acciones de la forma más inmediata a la detección del rumor<sup>1</sup>:

- Identificarlos con anticipación.
- Ofrecer información exacta y completa a través de los medios regulares de información.
- Fomentar la confianza de los dirigentes.

<sup>1</sup> <http://es.scribd.com/doc/16064325/Unidad-3-Tema-2>.

- Difundir las noticias importantes lo más rápidamente posible y en la mayor cantidad.
- Respaldar las declaraciones con testimonios de especialistas.
- Mostrar evidencias y hechos concretos.
- Identificar a los líderes de opinión que pueden respaldar la noticia.
- Intentar que la información veraz llegue al mayor número de personas (usar diversos medios).
- Realizar campañas contra los rumores: calificándolos de peligrosos, falsos, exagerados o ridículos («sea adulto y no repita tonterías»).

### 3.1.5. Las luces y las sombras de los medios de comunicación en las catástrofes: entre la libertad de expresión y la prudencia informativa

#### NOTICIA

##### ***Astrónomos australianos descubren tres pequeños asteroides que amenazan la Tierra***

SYDNEY

Astrónomos australianos han informado de que han descubierto tres asteroides en la trayectoria de la Tierra.

...

6.º párrafo: ... Ha indicado que los tres asteroides observados desde hace un mes son relativamente pequeños y que no constituyen una amenaza para la Tierra...

(Noticia aparecida en *El Mundo digital* el 13 de abril de 2004.)

El 11-S las familias de todo el mundo permanecieron atentos a las imágenes de sus aparatos televisivos o las emisoras de radio. A través de las noticias ofrecidas por las cadenas españolas sobre el terremoto de Alhucemas de febrero de 2004, muchos españoles residentes en la Península se enteraron de que este terremoto también se había sentido en Melilla. Se produce un tsunami en Indonesia y, casi al mismo tiempo, se conoce la noticia al otro lado del mundo, quizá antes que en un poblado distante escasos kilómetros del suceso, pero donde no llegan los medios de comunicación de masas.

Las personas tienen una dependencia casi compulsiva hacia los medios de comunicación cuando se produce una catástrofe. Sin embargo, es frecuente, por no decir inseparable, que tras un desastre se hagan declaraciones de enfado o ira hacia el papel que han ejercido estos medios.

Qué duda cabe de que los medios de comunicación de masas (MCM) son elementos inseparables de cualquier situación de emergencia, presentando en estas situaciones una serie de «características» que entre sí son contradictorias:

- Son requeridos por el público (afectados, familiares, personas cercanas e, incluso, aquellas que están a cientos de kilómetros) como sistema para seguir la evolución del acontecimiento, pero sus acciones provocan reacciones negativas en los implicados.
- Son un medio insustituible de organización, pero provocan frustración y enojo entre los técnicos que trabajan en la catástrofe porque interfieren en su trabajo.
- Son la mejor forma de luchar contra el rumor, pero en ocasiones los datos que ofrecen conducen a confusión o alarma.

Es imposible pensar en un acontecimiento, como es una catástrofe, sin que vaya unido a la atención y seguimiento de los medios de comunicación de masas (MCM) sobre los que suele hacerse una doble y contradictoria valoración. Por un lado solemos verter parte de nuestra ira sobre los periodistas y cámaras que invaden nuestra intimidad o persisten en captar esa imagen conmovedora y, por otro lado, acudimos a la radio o la televisión para permanecer informados de lo que ha ocurrido o sigue ocurriendo (recuerde qué hizo el 11-M o el 11-S).

Un amplio y minucioso estudio, ilustrado a través de la riada de Biescas, sobre los problemas que suele provocar o agravar la acción de los MCM durante las catástrofes, es expuesto por Goiricelaya (1998), entre los que cita:

- Generar o agravar problemas de tráfico, saturación de líneas telefónicas y problemas logísticos.
- Interferir en el rescate de afectados.
- Desplazar recursos para el control del paso de periodistas.
- Provocar una multiplicación de las peticiones de información por parte de los espectadores.
- Provocar una sobrerrespuesta de ayuda al destacar los aspectos impactantes.

- Provocar la aparición del «segundo trauma» de los afectados (Butcher y Dunn, 1989).
- Perpetuar las creencias y conductas de las personas:
  - La huida con pánico.
  - La total indefensión.
  - La dependencia de ayuda externa.
  - El pillaje.

Sin embargo, hay que anotar que frente a estos aspectos negativos, los MCM cumplen unas irremplazables funciones:

- Informar.
- Controlar rumores.
- Avisar de riesgos.
- Examinar la respuesta de los servicios actuantes.
- Proporcionar una perspectiva global.
- Comparar el suceso actual con otros anteriores o de otros países.



### **3.1.6. El centro de coordinación de la información (CCI)**

Hoy en día, la mayoría de los planes de emergencia territoriales contemplan en su organigrama la estructura de un gabinete o centro de coordinación de la información. Se trata de añadir a la figura del portavoz un equipo técnico que asesore sobre qué y cómo informar. Aunque el CCI se activa cuando ocurre una catástrofe, Acinas (2007) advierte que «la gestión de la emergencia debe comenzar con un plan de información previo a la situación crítica» (pág. 91). En este plan se establecerán los objetivos que deben alcanzarse (informar, tranquilizar, recomendar, movilizar...). Por otro lado, el plan debe permitir adaptar los mensajes a las características de la situación. Y por último, contar con normas de procedimiento:

- Designar al responsable del centro y su equipo.
- Designar portavoz.
- Definir la forma de interacción con MCM.
- Establecer la política informativa.
- Concretar procedimientos de relación con Policía, Protección Civil, Guardia Civil...

Contar con el plan previo supondrá un ahorro de tiempo y una herramienta que guíe la gestión de la comunicación en unos momentos en los que es clave elaborar mensajes que orienten y tranquilicen a la población.

Teniendo como base este plan, el CCI puede enfrentarse a las distintas tareas que tiene como función (Marín, 2005):

- Poner en marcha el plan de gestión de comunicación.
- Intentar que las autoridades responsables de la gestión acudan al escenario de la crisis.
- Informar a los medios de todo lo que se conozca, atendiendo a los hechos.
- Atender con respeto a los familiares de las víctimas.
- Convocar una rueda de prensa tan pronto se tengan noticias concretas.
- Respetar los plazos de respuesta ante la demanda de la prensa.
- **CORREGIR LA INFORMACIÓN ANTERIOR SI LA EVOLUCIÓN DE LOS ACONTECIMIENTOS MODIFICA LOS DATOS INICIALES.**

- DESMENTIR LAS INFORMACIONES INCORRECTAS DE OTRAS FUENTES.
- Informar sobre las decisiones adoptadas y los medios empleados.
- REACCIONAR INMEDIATAMENTE ANTE LA PROPAGACIÓN DE RUMORES, CON INFORMACIÓN VERÍDICA CONSTANTE.

Como queda claro, la herramienta de trabajo del CCI es el mensaje, y es en las características de éste en lo que los miembros del centro deberán trabajar para hacerlo lo más efectivo posible. Siguiendo a Acinas (2007), estas características serían:

- Claros (entendibles por las personas independientemente de edad o nivel cultural). A veces es preciso emitir en varios idiomas.
- Concretos. Sin detalles innecesarios.
- Contundentes. Qué ha ocurrido y qué debe hacerse.
- Sin prisas. Elaborar previamente.
- Comprensibles. Sin tecnicismos.
- Coordinado. Transmitir que hay un acuerdo entre las instituciones.
- Emitidos por un portavoz.

Otro aspecto es el formato que debe seguir el mensaje (Acinas, 2007):

- Iniciar indicando quién es el organismo que habla.
- Señalar la gravedad de la emergencia.
- Realizar una breve descripción de lo ocurrido.
- Explicar las medidas que se están adoptando.
- Exponer recomendaciones o medidas que deben adoptar (de manera preventiva o paliativa) empleando la segunda persona del singular (usted debe..).
- Actualizar la información periódicamente (indicándolo).

La Organización Panamericana de la Salud, en su guía para equipos de respuesta<sup>2</sup>, propone la elaboración de «mapas de mensajes» que definen como herramientas de comunicación de riesgos para transmitir información compleja de forma simple. Para elaborarlos sugieren una serie de pasos:

- Determinar las preocupaciones de la población.

---

<sup>2</sup> *Gestión de la información y comunicación en emergencias y desastres* (2009).

- Identificar los acontecimientos o evidencias que contrarresten esas preocupaciones: explicaciones científicas o argumentos técnicos y datos estadísticos.
- Identificar la audiencia a la que se va a dirigir el mensaje.
- Elaborar el mensaje usando palabras clave.
- Elaborar un material de apoyo que mejore la comprensión del mensaje (declaraciones, cifras, testimonios).
- Validar los mensajes antes de publicarlos (revisión por especialistas y confirmación de su autenticidad y de su comprensión).
- Compartir los mapas con portavoces, medios, etc.

### 3.2. EL ASESORAMIENTO EN LA ORGANIZACIÓN DE EVACUACIONES

#### NOTICIA

##### ***Japón amplía la zona de evacuación que rodea la central nuclear de Fukushima***

<http://www.elmundo.es/elmundo/2011/05/16/internacional/1305526714.html>  
16/05/2011

Ciudadanos japoneses han sido obligados a alejarse aún más de la central nuclear de Fukushima tras *ampliarse la zona de seguridad* alrededor de la planta que más sufrió el devastador terremoto y tsunami del pasado 11 de marzo.

Los evacuados han sido en concreto los residentes de *dos pueblos de Kawamata*, que se han visto forzados a pasar la noche en un centro de evacuación, según informa en su página web la cadena británica BBC.

En total, han sido 5.000 las personas que han abandonado sus hogares, ubicados a *más de 30 kilómetros de Fukushima*. Ya se habían evacuado a aquellos (unos 80.000) que residían a sólo 20 kilómetros de la planta.

Los primeros en salir de la zona declarada ya peligrosa han sido *los niños y las mujeres embarazadas*.

La decisión de ampliar la zona de evacuación se ha tomado tras *aumentar los niveles de radiación*.

Ingenieros japoneses han abandonado su último intento por estabilizar uno de los reactores más dañados de Fukushima.

El alcalde de Kawamata, Michio Furakawa, dijo al primer grupo de evacuados: «Sé que estáis preocupados, pero juntos superaremos las dificultades».

## NOTICIA

### ***Mortal avalancha humana en la «Love Parade» alemana***

<http://es.euronews.net/2010/07/25/mortal-avalancha-humana-en-la-love-parade-alemana/>  
25/07/10

La fiesta ha terminado en tragedia. Al menos 18 personas han perdido la vida en la «Love Parade» que ayer se celebraba por primera vez en la localidad alemana de Duisburgo, cerca de Düsseldorf. Hay, además, un centenar de heridos, 45 de ellos graves. Miles de jóvenes se encuentran en estado de profunda conmoción.

Los sucesos se produjeron en este túnel que desembocaba en el escenario principal y en el que se encontraba una multitud que circulaba en ambas direcciones. Las primeras investigaciones apuntan a un ataque de pánico como origen de la mortal avalancha humana. Las autoridades pusieron fin al evento, pero no inmediatamente para evitar un segundo ataque de pánico, y cortaron la autopista para que se pudiera proceder a la evacuación del público.

La «Love Parade» es una de las fiestas de música electrónica más importantes de todo el mundo. Según los organizadores, este año se han dado cita 1.400.000 personas.

En este apartado se van a tratar los aspectos organizativos (estratégicos) que los responsables de una evacuación deben tener presente en caso de verse obligados a realizar una evacuación. Para ello vamos a diferenciar, siguiendo a Hernández-Mendo, Estrella, Gálvez y Ortega (2001), entre evacuación de grandes zonas y evacuación de edificios.

### **3.2.1. Evacuación de grandes zonas**

Este tipo de evacuación lleva asociado, por regla general, el desplazamiento a zonas alejadas, lo que precisa el uso de medios de transporte para llevar hasta ellas a la población afectada. Uno de los problemas con el que se van a encontrar los organizadores es la necesidad de ofrecer un transporte colectivo para aquellos grupos que no dispongan en ese momento de medio propio: niños de colegios, enfermos en hospitales, presos de una cárcel, turistas... Ésta es una labor de intendencia que debe tenerse prevista, ya que comenzar en esos momentos con la

tarea de disponibilidad de medios supone una pérdida importante de tiempo. El segundo problema al que se enfrentarán los gestores de esta labor son las complicaciones de tráfico que irán apareciendo durante el éxodo y que se verán incrementadas por retenciones debidas a vías cortadas por la propia catástrofe (inundación, grietas, edificios derrumbados sobre las carreteras...), cortes de obras previas o accidentes producidos durante la evacuación.

Para minimizar estos problemas y agilizar la evacuación, Hernández-Mendo, Estrella, Gálvez y Ortega (2001) proponen realizar las siguientes acciones:

- Análisis del riesgo potencial. Identificación de la zona susceptible de impacto.
- Análisis de la evacuación. Valorar la cantidad de población afectada, su capacidad de transporte particular, los impedimentos y los problemas que la propia evacuación genera.
- Implantar una metodología para eliminar estos problemas y unos mecanismos para mantener abierto el flujo de tráfico.

A ello habría que sumar el importante efecto que la realización previa de simulacros puede tener en caso de necesidad real.

### **3.2.2. Evacuación de edificios públicos**

Las investigaciones que se han realizado sobre el comportamiento que despliegan las personas en estas situaciones han arrojado conclusiones que nos son de suma utilidad para organizar la labor de evacuación dentro de un edificio público. Algunos de estos resultados son:

- Las personas no evacuan en el primer momento de la emergencia, tienden a ignorar la situación y esperan una mayor información.
- Durante la evacuación aparecen conductas afiliadas.
  - Las personas tienden a desplazarse hacia las personas y los lugares familiares.
  - La velocidad del grupo se adapta a la del miembro más lento.
- Las personas tienden a elegir las rutas de evacuación conocidas.

- Como se citó al explicar el fenómeno del cerebro colectivo, la existencia de una pequeña minoría (azafatas, personal de seguridad, celadores...) informada es capaz de guiar a otros individuos hacia un objetivo, sin necesidad de comunicación verbal o por señales específicas.
- En la evacuación de un edificio, si se cuenta con más de una puerta, las personas tienden a utilizar sólo una (a la que se dirigen los evacuados que van en cabeza del grupo), mientras que las otras quedan prácticamente sin usar, a no ser que se cuente con esa minoría informada que inste a seguirles por las distintas vías de evacuación.
- Habiendo sólo una puerta, la gente tiende a agruparse en semicírculo alrededor de la puerta, lo que dificulta la salida.

Sugiman y Misumi (1988) realizaron un experimento en el que se utilizaban dos tipos de liderazgos para realizar una evacuación de un recinto cerrado: el liderazgo *Follow me* y el *Follow direction*.

En el primer tipo, el líder se dirige de forma personal a las personas a evacuar que tiene más cerca y les pide que le sigan. En el segundo tipo (*Follow direction*), el líder indica a todo el grupo la dirección a seguir utilizando tanto el lenguaje verbal como indicaciones gestuales (movimiento de brazos). Los resultados mostraron que el primer sistema (*Follow me*) era el más eficiente, si bien, aclaran, para que sea así debe contarse con líderes que conozcan bien las salidas.

Esta investigación pone de relieve la importancia de formar al personal que trabaja en espacios públicos sobre la forma correcta de evacuar en caso necesario.

### **3.3. INTERVENCIÓN CON DAMNIFICADOS DURANTE LA FASE DE IMPACTO Y REACCIÓN**

#### **3.3.1. ¿Soy un «tío» raro?**

Algunas de las personas que han pasado por una catástrofe o desastre pueden llegar a desarrollar un trastorno de estrés agudo o post-traumático. Muy resumidamente (ya que una explicación más extensa podrá verse en el capítulo sobre trastornos asociados a las catástrofes), los que padecen estos trastornos presentan pesadillas relacionadas con el hecho estresante, reexperimentan constantemente escenas del episodio traumático, imágenes que tuvieron lugar durante la emergencia,

están alarmados en todo momento y muy vigilantes («cada vez que pasaba un camión y hacía algún ruido, mi corazón comenzaba a latir con fuerza y creía que había vuelto a explotar el polvorín. Así estuve más de una semana», me decía un amigo que estaba haciendo la «mili» en 1990 cuando se produjo una explosión en el polvorín militar de Melilla).

Pero antes de llegar hasta aquí, todo superviviente de un desastre pasa por una serie de fases, experimentando en cada una de ellas un conjunto de síntomas que, lejos de ser «anormales», son propios de esa situación anómala por la que está pasando.

Las primeras reacciones (que ocurren en lo que llamamos fase de «shock» o de impacto) suelen ser el embotamiento, la negación de lo que ha ocurrido (aún no está preparado para admitirlo), el tiempo pasa lentamente («la ambulancia tardó una eternidad») y la vivencia de lo que está ocurriendo como si fuésemos un espectador y no un damnificado implicado en la situación. Algunas personas muestran hiperactividad mientras que otras, por el contrario, presentan una acusada reducción de su movilidad. Tampoco es extraño que se padezcan vómitos, temblores, hiperventilación y que incluso se entre en estado de pánico. Como dicen que una imagen vale más que mil palabras podríamos resumir que el «shock» se representaría por una imagen muy repetida en televisión del desastre del camping de Biescas... la de un hombre desnudo, andando sin rumbo por el arcén de una carretera.

Poco a poco se va saliendo de esta situación, es entonces cuando «el mundo se nos viene encima», ya somos conscientes de lo que ha ocurrido, no puede ser, pero ha sido. Entramos en la fase de *reacción*. Los anteriores síntomas se convierten en otros que, generalmente, nos sirven para enfrentarnos a esa realidad tan amenazante. Las cosas no ocurren porque sí. Todo tiene que tener una explicación, una lógica..., un culpable. Sentimos ira («¿quién permitió que se construyera?, ¿quién hizo la revisión del avión?, ¿por qué no detuvieron al conductor ebrio?...»), culpa («debí sujetarlo mejor») y emociones contrapuestas (felicidad por salvarse y, a la vez, culpa por ello). En estos casos, la ira debe interpretarse como una defensa contra el miedo a esa nueva realidad que se nos ha hecho patente y que no podemos controlarla. Se trata de una sensación de impotencia que, hasta no padecer una situación traumática, no la podemos imaginar emocionalmente.

Algunos trabajos (Ramos, 2006) diferencian, atendiendo a su temporalidad, entre síntomas que aparecen en los primeros minutos, en

las tres primeras horas, en las primeras semanas, en los seis primeros meses y en los años posteriores. Estos espacios de tiempo pueden darnos una idea de lo ardua que será la labor de las personas afectadas y de aquellas que intentan ayudarles para superar las consecuencias psicológicas asociadas a un episodio traumático. Pero ello no debe desanimarnos, sino servirnos de conocimiento real de lo que podemos esperar que suceda en momentos venideros, lo cual nos puede permitir prevenir posibles recaídas. La vuelta a la normalidad va a depender de la capacidad de afrontamiento que tengamos, de los estilos cognitivos y las atribuciones que hagamos y de ciertas circunstancias personales, como lo pueden ser «a quién hemos perdido» y «con qué apoyo social contamos». Existen ciertos síntomas o señales que pueden indicarnos que no llegaremos a alcanzar esa «vuelta a la normalidad» y que nuestra personalidad se está transformando de forma permanente. Estos síntomas son, por lo general, el deterioro de las relaciones personales y de la actividad social y laboral, la desconfianza y hostilidad hacia el mundo, el aislamiento social, el sentimiento de vacío o desesperanza, la sensación de estar constantemente amenazado e, incluso, extrañarse de uno mismo. Una duración de más de dos años de estos síntomas indicará que lo que era una reacción normal a un acontecimiento traumático, se ha convertido en un trastorno permanente.

#### NOTICIA

##### ***La policía encuentra dos supervivientes entre los escombros de Japón***

[http://www.elpais.com/articulo/internacional/policia/encuentra/supervivientes/escombros/Japon/elpeuint/20110320elpeuint\\_6/Tes](http://www.elpais.com/articulo/internacional/policia/encuentra/supervivientes/escombros/Japon/elpeuint/20110320elpeuint_6/Tes)

Las dos personas lograron mantenerse gracias a los yogures que quedaban en la cocina, donde estaban atrapados.

Aunque la cifra de víctimas no deja de crecer, aún hay espacio para el milagro. La policía japonesa ha confirmado al canal de televisión NHK que ha encontrado hoy domingo a dos supervivientes que han pasado nueve días entre los escombros en Ishinomaki, una ciudad de la prefectura de Miyagi. Son una señora de 80 años y un joven de 16 que, según informa la policía. Los dos están conscientes, aunque muy débiles.

## NOTICIA

### ***11-S: la última superviviente***

<http://www.lavanguardia.com/magazine/20110902/54209270016/11-s-la-ultima-superviviente.html>

Viernes, 16 de septiembre de 2011. LaVanguardia.com

Genelle Guzmán figura como una de las ocupantes de las Torres Gemelas, de 110 pisos cada una, aquella lúgubre fecha en la que Estados Unidos descubrió su vulnerabilidad en su propia casa. Era una de las 14.154 personas que debían estar trabajando o de visita laboral en el interior de los edificios uno y dos del World Trade Center (WTC) cuando se produjo el ataque con dos aviones comerciales.

Al producirse ambos desplomes, muy pocos sobrevivieron de cuantos quedaban en sus interiores. Fue una tragedia de vivos y muertos, con muy pocos heridos. Escasamente media docena fueron rescatados con vida en las ruina del emporio económico. Genelle Guzmán ha pasado a las crónicas como la última superviviente sacada de entre los escombros, enterrada en vida durante 27 horas.

«Cada vez que escucho esas palabras siento el estupor de que no hubo nadie más después de mí». En vísperas del décimo aniversario, este mes de agosto ha publicado una narración sobre su experiencia, *Angel in the Rubble (Un ángel en los escombros*, Howard Books-Simon & Schuster).

El título hace referencia al misterioso personaje —Paul— que, según ella, le tendió la mano justo cuando los rescatadores estaban a punto de dar con ella. «Paul debió de ser mi ángel», insiste.

### **3.3.2. La actuación durante el rescate de los afectados**

Durante el rescate de personas atrapadas en el derrumbe de un edificio, en el interior de un vehículo tras un accidente o en una casa en llamas, el profesional que se encarga de esta labor debe saber transmitir un mensaje que facilite la tarea. Lejos de lo que ocurre en una situación normal, en la que solemos controlar nuestras emociones y valerlos de nuestros conocimientos en un estado de racionalidad, en estos momentos, el profesional tendrá que vérselas con una persona a la que intenta ayudar, pero que se encuentra en un estado emocional, cercano al terror, que le impide pensar racionalmente y captar las indicaciones que le estamos ofreciendo.

—¡Socorro, socorro!, ¡ayúdenme!, ¡sáquenme de aquí! —los gritos, muy apagados por las barreras físicas y otros ruidos del entorno, provienen de un edificio que se ha derrumbado.

Afortunadamente un bombero los escucha y se acerca al lugar de donde cree que llegan.

—¿Hola, ¿me escucha?

—Sí, sí, sáqueme de aquí.

El bombero no ve a la persona atrapada, a pesar de que está retirando parte del escombros con cuidado. Por lo débil que suena calcula que no debe encontrarse muy cerca.

—Está bien —alza la voz para que el afectado deje su angustioso discurso—. No se preocupe, ya estamos aquí algunos bomberos. Me llamo Santiago, ¿cómo se llama usted?

—Juan, me llamo Juan. Por favor, sáquenme, necesito salir de aquí.

—Está bien, Juan. Ahora necesito que me ayude. Necesito saber desde qué dirección le llega mi voz.

—A... arriba... a mi derecha. No veo nada. Me duele la pierna y no puedo sacarla de donde está —empieza a llorar—. No voy a salir de aquí. ¿Y mi mujer?

Santiago se da cuenta de que Juan debe llevar unas seis horas allí y que se encuentra muy alterado.

—Está bien, Juan. Ya le he dicho que lo vamos a sacar, cada vez suena su voz más cerca, pero necesito que usted nos ayude —su diálogo se hace más lento., el tono de voz es lo suficientemente fuerte para que lo escuche Juan, pero no grita—. ¿Estaba usted con su mujer?

—No, ella había salido, pero no ha vuelto.

—Si nos dice cuál es su nombre, mandaré a un compañero a que la busque.

—Alicia... Alicia García Prada.

—Muy bien, Juan. Ésa es una información que nos viene muy bien. Dígame, ¿me escucha con más claridad?

—Sí, pero me duele mucho la pierna y tengo frío.

—Sé que estar ahí es duro, pero ya queda menos y su ayuda es muy importante. Necesito saber dónde estaba cuando se cayó el edificio.

—En el salón de mi casa.

—¿Qué piso era?

—El tercero. Oiga, ¿cuánto van a tardar en sacarme?

- No lo sé con seguridad, pero creo que vamos muy bien. ¿Ha escuchado a otras personas?  
—Al principio sí, creo que era mi vecino.  
—Muy bien Juan...

Esta conversación (ficticia) desarrollada durante un supuesto rescate puede ofrecernos una idea de las características que este tipo de diálogo debe tener.

Lo primero que hará el rescatista es tener presente que la situación en la que se encuentra la víctima es de alto estrés, con estímulos aversivos, provocadores de peligro, como el fuego, el humo, la altura, la inundación, la oscuridad, la sangre, las heridas, el confinamiento..., lo que le provocará un estado emocional alterado que dificultará la comunicación y la comprensión de las instrucciones o preguntas, y provocará que sus respuestas sean emocionales, más que racionales.

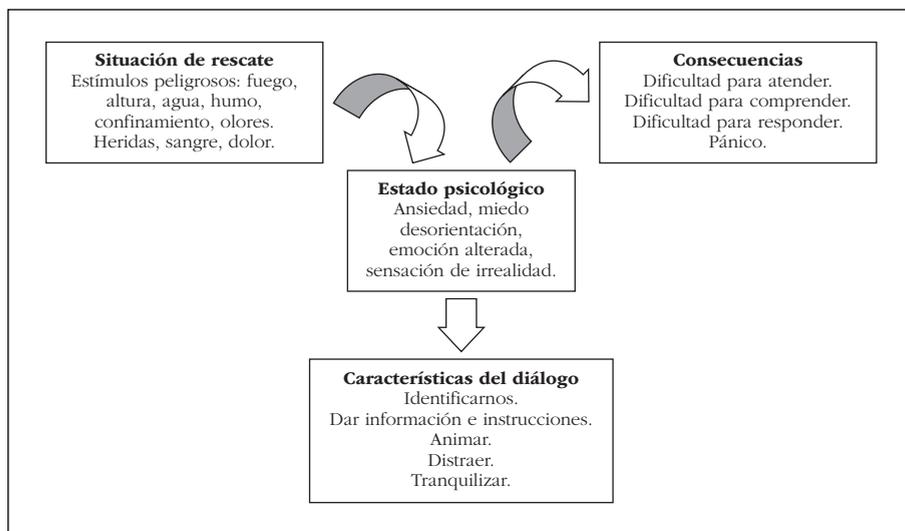


Figura 3.2.

Parada (1998) indica las características que debe seguir el diálogo con la víctima durante su rescate:

1. *Identificarnos y solicitar la identificación.* Saber quién es la persona que te habla (su nombre y su profesión), que te ofrece su ayuda, que te promete su colaboración, produce un vínculo

subjetivo, tranquiliza, da otra perspectiva más optimista. Primero, porque hay alguien («ya no estoy solo»), y segundo, porque esa persona es un especialista.

Pero no sólo debemos quedarnos en dar nuestros datos. Es el momento de solicitar esos mismos (el nombre) a la persona a rescatar. Ello hará que esta víctima se centre en él mismo y nos permitirá individualizar nuestra conversación. A todos nos gusta que se refieran a nosotros por nuestro nombre. Además, cada vez que nombremos a la persona (recordemos que se encuentra desorientada y con problemas para concentrarse) captamos su atención dándole más posibilidades de entender nuestras indicaciones.

2. *Damos información e instrucciones sobre el proceso de rescate.* En mayor o menor medida la víctima puede y debe ayudar en su propio rescate. Nuestra conversación se centrará en las indicaciones sobre las acciones que debe hacer para ayudar. Con ello, la víctima toma un papel activo (le permitimos ser «dueño de la situación») y conseguimos que, al menos en parte, deje de atender el ambiente que le rodea.

Nuestro tono será todo lo pausado posible, pero a la vez tan firme que «fuerce» al sujeto a seguir las instrucciones. Más importante aún, será que nuestra información y/o instrucciones sean concisas, concretas, presentadas de una en una, de la forma más clara posible.

3. *Reforzar...* Conforme la víctima va siguiendo nuestras instrucciones o contestando a nuestras demandas de información debemos animar su esfuerzo mostrándole cómo, gracias al mismo, está más cerca de salir de esa situación.

—¡Eih, Eih!, Eva, mírame —indica el rescatista de la Guardia Civil a una joven a la que lleva sujeta mientras los izan al helicóptero tras quedar aislada en la cornisa de la montaña que escalaba—. Así, muy bien, ya casi estamos en el helicóptero... No mires hacia abajo, muy bien.

4. *... y distraer.* Durante el transcurso del rescate la situación no deja de ser peligrosa o, al menos, estresante, lo que puede provocar en un momento dado una reacción desadaptativa en el sujeto. Por ello es importante que la víctima deje de atender a estos estímulos y se centre en otros más positivos o neutros, como es la figura del rescatista. Para ello, si podemos le diremos

que nos mire mientras le explicamos la siguiente acción. Si no es posible, intentaremos que se centre en nuestra conversación haciéndoles preguntas que no conlleven una respuesta que le produzca más ansiedad o alarma.

—Explícame, ¿cómo es que te quedaste atrapada en esta zona?, ¿no la conocías? —pregunta el rescatista mientras prepara el arnés para el ascenso hasta el helicóptero—. ¿Qué tal día hacía ayer cuando llegaste hasta la cornisa?

5. *Tranquilizar para volver a la normalidad.* Aunque ya no se encuentre en peligro, es posible que la víctima siga en estado de shock o de agitación. Es importante que nuestro diálogo se centre entonces en tranquilizarla. De forma paralela a la realización de otras acciones encaminadas a cubrir las necesidades físicas (primeros auxilios, rehidratación, abrigo...) debemos mostrarle que ya se encuentra a salvo o que con su ayuda estamos en camino de conseguirlo.

—Ya pasó todo... estamos muy cerca de la salida... ya pasó lo peor... enseguida estaremos lejos de aquí, en un lugar mucho más tranquilo... ya puedes respirar tranquila...

### PRÁCTICAS

- Imaginad situaciones posibles o pasadas y cread diálogos que sigan las características propuestas.
- Si se han vivido situaciones de rescate, recordad los diálogos mantenidos y buscad las características citadas.
- Si se hace en grupo, proponed la realización de *role-playing*.

### NOTICIA

#### ***Milagro bajo los escombros***

<http://www.elmundo.es/america/2010/01/17/noticias/1263748734.html>

Cuando apenas quedaban esperanzas de hallar un soplo de vida bajo los escombros, ha ocurrido el milagro. Varios equipos desplazados a

Haití han rescatado este domingo a seis personas con vida bajo cuatro edificios de Puerto Príncipe, cinco días después del *terremoto* que ha devastado el país caribeño. Continúan trabajando en busca de más supervivientes.

Hasta el momento, los 43 equipos de rescate que trabajan sobre el lugar (1.739 efectivos y 161 perros) *han rescatado con vida a unas 70 personas bajo los escombros*. «Siempre hay esperanza [de encontrar supervivientes], las condiciones son muy favorables. Es excepcional, gracias a Dios», ha dicho un portavoz de la oficina de coordinación de asuntos humanitarios de Naciones Unidas (OCHA), Elisabeth Byrs.

El mayor rescate se ha producido este domingo en un supermercado. Según los servicios de seguridad estadounidenses y turcos que trabajan en el lugar, tres haitianos han sido rescatados con vida de los escombros del Caribbean Market, con daños relativamente leves. Son *Ariel, una niña de siete años; Lamy, un hombre de 34, y María, de 50*.

Todo comenzó hace dos días. «Alguien envió un [mensaje de] texto diciendo que estaba en el interior del Caribbean Market, cerca de los estantes de frutas, carne y congelados», recuerda el estadounidense Joseph Fernández, de un equipo de rescate de Miami.

Los servicios de rescate turcos ya estaban sobre el terreno, alertados por los vecinos. En el supermercado de cinco plantas, en plena hora punta, había en el momento del terremoto más de un centenar de personas.

Guiados por los sonidos, crearon una «chimenea». «Nos ha llevado 12 horas. A medida que avanzábamos, se oían los murmullos», dice Umüt Dingsahi, del grupo de voluntarios turcos. «Vienen a salvaros, ¿dónde estáis?», dijeron cuando se iban aproximando.

Allí se encontraban Ariel, Lamy y María. «Estaban los tres rodeados de comida, así que han podido comer. Al contrario de lo que sucede habitualmente en este tipo de situación, hay grandes posibilidades de salvar a gente el sexto, séptimo u octavo día tras el seísmo», explica Fernández.

«Cuando hemos visto salir a la niña, ha sido electrizante», dice Fernández, cuyo equipo ya rescató el sábado a dos niñas en un colegio. «Ha habido un silencio, todo el mundo estaba muy contento», explica el arquitecto turco Zeynep Gul Uma. Ahora, trabajan en rescatar a una cuarta persona, un hombre que está vivo bajo los escombros del supermercado.

En un edificio de aduanas, un equipo de salvamento israelí ha rescatado a un funcionario haitiano. El hombre fue localizado y salvado por esta unidad después de estar atrapado 125 horas entre las ruinas de la oficina de aduanas.

A última hora del día, un miembro danés de la Minustah, la misión de Naciones Unidas en Haití, ha salido vivo y en buen estado de salud de los escombros, según han anunciado los bomberos de la Minustah.

[...]

Para rescatar a Nadine, de 63 años, han hecho falta 13 horas de trabajo. La mujer fue hallada en hueco que quedó entre los escombros del hotel. Estaba consciente —de hecho, agradeció a los bomberos su labor antes de ser evacuada a la República Dominicana—, aunque «se estaba quedando sin oxígeno».

### **3.3.3. La comunicación del sanitario durante los primeros auxilios**

¿Nunca habéis estado en urgencias tras un accidente y os habéis sentido manipulados y casi invisibles, sin saber qué os hacían y qué ocurriría a continuación, mientras el personal sanitario iba realizando su tarea? Pues imaginad esto mismo, pero en una situación de mayor ansiedad e incertidumbre en la que además estén involucrados otros conocidos o allegados.

Siguiendo a Parada (1998), el técnico que se encargue de realizar los primeros auxilios después de una emergencia, y con el objetivo de normalizar el estado emocional (ansiedad) de la víctima, debe:

#### **1. Identificarse**

Al igual que hiciera el rescatista, la identificación del técnico sanitario (nombre y cargo) será una primera oportunidad para calmar la ansiedad del paciente.

—Hola, soy Alonso Gimeno, el médico del SAMUR. Vamos a echarle un vistazo a esta herida —el tono de Alonso es calmado. Se acerca al paciente y pone su mano sobre el antebrazo del herido para mantener un contacto. Lo mira a los ojos mientras dibuja una pequeña sonrisa, para evitar cualquier gesto de preocupación. A continuación retira la camisa ensangrentada que tapa la herida de la víctima.

#### **2. Proporcionar información requerida**

No es extraño que el herido solicite información sobre su estado («¿Es grave?...», «¿Voy a perder la pierna?...», «¡Me duele mucho!») o sobre el de algún acompañante («¿Cómo se encuentra mi hermana que iba en el asiento trasero?...», «¿Y mi novio?...», «Mi padre ha muerto, ¿verdad?»).

Durante la realización de los primeros auxilios conviene responder a las preguntas que nos haga el paciente y cuyas respuestas vayan a tranquilizarlo (certeza de poca gravedad, eliminar o minimizar la incertidumbre). Pero debemos evitar que nuestra respuesta provoque más nerviosismo, agitación o que le haga entrar en un estado de irritación, pena, ira o culpabilización que conlleve una sobreactivación del sistema cardíaco y/o nervioso. En estos casos debemos evitar el silencio y «la mentira»..., lo cual no quiere decir que digamos «toda la verdad», es decir, toda la información («Cuando acabe la exploración te podré informar de la gravedad», «Necesitamos más pruebas para saber tu estado», «De tu novio se están encargando mis compañeros; en cuanto sepa más te lo haré saber», «Ahora lo importante es que permanezcas tranquilo»).

Como último recurso utilizaremos una mentira no comprometedora: «No lo sé».

### **3. No esperes a que te pregunten por lo que haces**

No saber es lo que más miedo da. Esta máxima debe servirnos para guiar nuestra actuación. El paciente al que no se le explica lo que se está haciendo o se va a hacer con él y las consecuencias/sensaciones que estas acciones pueden producirle (dolor, hormigueo, náuseas, desvanecimiento...), va a ser un paciente asustado y poco colaborador. La otra máxima que habrá que tener en cuenta es que nuestra explicación no provoque más angustia que la que evita.

### **4. Primeros auxilios psicológicos: escuchadle**

Narrar lo ocurrido, las emociones, las percepciones es terapéutico siempre que se tenga a alguien que nos escuche. Realizar una exploración o cura no es incompatible con escuchar al paciente. Animémosle a hacerlo.

Finalmente, y siguiendo los consejos de Mitchell y Everly (1996) durante nuestra intervención y teniendo en cuenta que el herido puede estar desarrollándose más en un plano emocional que racional:

- *Debemos evitar...* discutir con el paciente/afectado/víctima si está alterado o se muestra irritado.
- *Debemos evitar...* intentar «hacerle entrar en razón» utilizando consejos o explicaciones complejas.

- *Debemos evitar...* culpar o moralizar sobre su posible comportamiento imprudente.
- *Debemos evitar...* cortar su llanto o cualquier manifestación de dolor o sufrimiento normal en esas circunstancias.
- *Debemos evitar...* seguirle la corriente o darle la razón si manifiesta culpabilidad o remordimiento.

### **3.3.4. Aspectos a considerar en el rescate de ancianos**

Muy especial es el rescate de las personas mayores («Me encontré con un anciano que no quería salir de su casa... que podía venirse abajo de un momento a otro con la inundación»). En primer lugar deberíamos intentar que estas personas nos sientan como muy cercanos, para así poder dirigir nuestra comunicación acertadamente.

«¿Y dónde voy a ir si me quedo sin casa, a uno de esos centros donde sólo hay viejos?». «¿Y dejarlo todo?... ¡si esto es todo lo que tengo!». Tenía una antigua y diminuta casa, un televisor en blanco y negro, un dormitorio de más de cincuenta años y marcos con fotos familiares.

Debemos tener en cuenta que no es lo mismo rehacer tu vida a los 20 años que a los 70, que lo que para un joven o un adulto no tiene valor, puede ser importantísimo para un anciano.

—Es de cuando nos casamos —me dice una mujer que acaba de ingresar en la residencia de ancianos mientras me muestra una foto en blanco y negro enmarcada donde aparece un hombre con bigote a lo Clark Gable y una bella joven vestida con vestido de boda y un ramillete de flores en la mano. Es lo primero que ha sacado de su maleta y busca un lugar de la habitación para colgarla... lo demás puede esperar.

Incluso el valor de la vida cambia con la edad. Si seguir viviendo es lo más importante en la juventud, con la edad, cuando ya se ha perdido a los demás seres queridos, cuando los días se convierten en una rutina aburrida y llena de achaques, seguir viviendo no es lo más importante, sino «seguir viviendo en mi casa, con el viejo sillón corroído más cómodo que ninguno y rodeado de mis recuerdos».

Hacer que nos sienta cerca es un buen comienzo para comunicarnos durante el rescate con el anciano y conseguir que acepte nuestras indicaciones. Ante su resistencia a abandonar su hogar, debemos tener una

mayor paciencia (también con su motricidad más lenta), negociar con él qué quiere llevarse (seguramente será una vieja fotografía), hablarle con respeto usando el usted y nunca tratarlo como si fuese un niño (solemos caer en esa falta). Permitirle que haga por sí mismo todo lo que pueda, sin sobreprotegerlo. Habrá que captar su atención, sobre todo si sospechamos que tiene disminuida su capacidad auditiva o de atención. Para ello es importante que le hablemos colocándonos frente a él, pero sin gritarle, ya que suele sentarles muy mal.

### **3.3.5. Lo primero, evaluar a los afectados: el *triage* (clasificación) psicológico**

Cuando nos encontramos frente a un afectado por una emergencia o catástrofe (sobre todo en estas últimas, donde el número de afectados es numeroso y no contamos con efectivos suficientes) deberemos realizar, de forma similar a como se realiza en el campo sanitario (véase tabla 3.1 sobre el *triage* médico), una evaluación del paciente que nos permita clasificarlo dependiendo de la necesidad y urgencia de ser tratado a nivel psicológico.

El *triage* psicológico nos permitirá, entre otras cosas, optimizar los recursos de personal y, por otro lado, evitará la «psicologización» y el síndrome del socorrista (que corre en busca de alguien a quien salvar) que tanto se da en las catástrofes.

**TABLA 3.1**  
***Triage* médico/sanitario**

Si bien en español no existe este término, ha sido adoptado del vocablo francés para hacer referencia al método utilizado en emergencias y desastres para seleccionar y clasificar a las víctimas atendiendo a las posibilidades de supervivencia dependiendo de las necesidades terapéuticas y los recursos de los que se dispone.

El método fue utilizado por primera vez por un médico militar del ejército napoleónico, Dominique Jean Larrey, siendo durante la Primera Guerra Mundial cuando se generalizó su uso.

En este método, el sanitario o profesional encargado del rescate de las víctimas realiza una exploración de su estado físico y determina la urgencia de su traslado-tratamiento, para lo que suele usarse una escala de colores que se le asigna al afectado mediante una tarjeta.

- *Negro*: cuando es cadáver o las posibilidades de recuperación son nulas.
- *Rojo*: cuando el paciente tiene posibilidad de sobrevivir y la actuación médica debe ser inmediata.
- *Amarillo*: si es un paciente diferible para ser vigilado mientras se le puede atender.
- *Verde*: Si el paciente está levemente lesionado, puede caminar y su traslado no precisa medio especial.

Durante los últimos años se han propuesto varios sistemas para realizar esta clasificación (por ejemplo, Fernández-Millán, 2005; Martín, Parada y Muñoz, 2006). En este manual se va a exponer el modelo desarrollado por Lorente (2003). En este modelo, denominado *protocolo de evaluación inicial de víctimas directas* (PEIVD), se evalúa el estado de conciencia y de las capacidades cognitivas a través del relato del incidente. La siguiente figura 3.3 puede servir de guía sobre el proceso que se propone en el PEIVD.

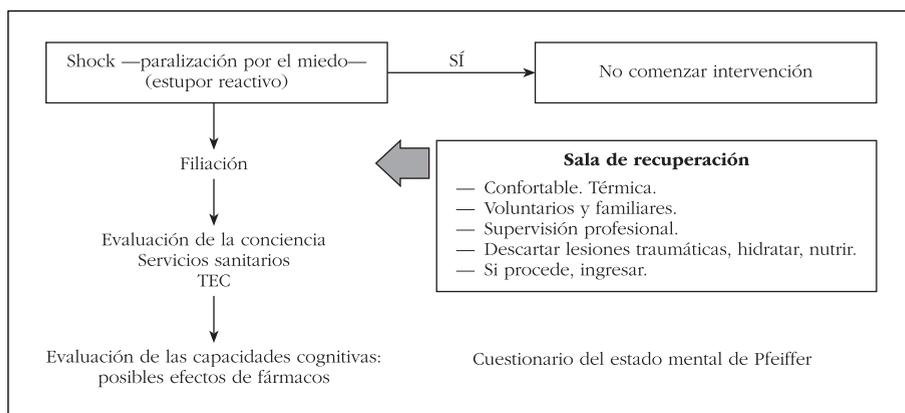


Figura 3.3. *Protocolo de evaluación inicial de víctimas directas (PEIVD)*.

Según este sistema lo primero que haremos al encontrarnos ante un afectado será determinar si se encuentra en estado de shock entendido como «paralización por miedo». En ese caso pospondremos nuestra evaluación derivando al sujeto a la sala de recuperación y realizando, en la medida de lo posible, su filiación principalmente a través de sus familiares. Si, por el contrario, descartamos ese estupor reactivo (o al

recuperarse de este estado), comenzaremos la evaluación de la conciencia del sujeto usando para ello la escala de Glasgow (Teasdale y Jennett, 1974) (véase tabla 3.2), que nos permitirá descartar posibles traumatismos craneoencefálicos (TCE). El siguiente paso será la evaluación de las capacidades cognitivas, lo que haremos usando el Short Portable Mental State Questionnaire (Pfeiffer, 1975). En este cuestionario se adjudica un punto por cada error, considerando patológico un total de 5 o más puntos, y permitiéndose un error de más en caso de no haber recibido el paciente estudios primarios o un error de menos si ha recibido estudios superiores (véase tabla 3.3). Una vez realizados estos dos primeros exámenes, pasaríamos al *triage* psicológico propiamente dicho o protocolo de evaluación inicial de víctimas directas que se realiza a través de la narración del incidente de boca del afectado, y en la que buscaremos una serie de indicadores de su estado y la existencia de amnesias lacunares, a la vez que sirve de recapitulación benigna para la víctima.

**TABLA 3.2**  
**Escala de Glasgow**

	1	2	3	4	5	6
<b>OJOS</b>	No abre ojos.	Abre ojos en respuesta a estímulos dolorosos.	Abre ojos en respuesta a voz.	Abre ojos espontáneamente.	N/A	N/A
<b>VERBAL</b>	No hace ningún sonido.	Sonidos incomprensibles.	Pronuncia palabras inadecuadas.	Confuso, desorientado.	Orientado, inversos normalmente.	N/A
<b>MOTOR</b>	No hace ningún movimiento.	Extensión a los estímulos dolorosos.	Flexión anormal a los estímulos dolorosos.	Flexión/retiro a los estímulos dolorosos.	Localiza estímulos dolorosos.	Obedece comandos.

Del relato intentaremos establecer la presencia de indicadores, entre los que Lorente destacó los siguientes:

- Coherencia/incoherencia.
- Confusión.
- Estado emocional dominante.
- Autoculpa.
- Lagunas.
- Ideación autolítica.
- Identificación con las víctimas.
- Negación.
- Grado de exposición al desastre (muertes).
- Incidentes previos. Traumatización.
- Planes de futuro.
- Pérdidas materiales.

Una vez realizada esta evaluación, y teniendo presentes los indicadores encontrados, así como la existencia de moduladores (soporte social, persistencia de la percepción de amenaza y atribución de control interno del incidente y del futuro), se pasará a diagnosticar el posible desarrollo de un Trastorno de Estrés Agudo.

**TABLA 3.3**  
**SPMSQ de Pfeiffer**

PREGUNTA A REALIZAR	ERRORES
¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)	
¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació? (día, mes y año)	
¿Cómo se llama el presidente del Gobierno?	
¿Cómo se llamaba el anterior presidente del Gobierno?	
¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
Reste de tres en tres desde veinte	
<b>Total</b>	

### 3.3.6. Intervención durante la fase de impacto

Ésta es la fase que sigue de forma inmediata a la ocurrencia de una catástrofe. Durante la misma los afectados presentan en mayor o menor grado unas características cognitivas y comportamentales que podremos observar y que nos orientarán en nuestra intervención.

Las reacciones más frecuentes son:

- Embotamiento.
- Negación de lo ocurrido.
- Enlentecimiento del tiempo.
- Vivencia como espectador.
- Hiperactividad/reducción de la movilidad.
- Reacciones fisiológicas: vómitos, temblor, hiperventilación.
- Apatía.
- Pánico.

¿Cómo debemos dirigirnos a los afectados en esta fase? (es decir, cómo debemos tratar a los afectados si detectamos en ellos las reacciones anteriores).

Lo primero que haremos es presentarnos dando nuestro nombre y función o cargo. Tras ello podemos solicitarle un papel activo (empezando por decirnos su identidad y la posibilidad de prestarnos una fácil ayuda). Esto le dará la sensación de que no está indefenso, que puede hacer algo por él y por los demás; ello disminuirá su ansiedad y su percepción de fragilidad. Si en estos momentos tenemos que realizar alguna tarea que implique o afecte al damnificado, hay que explicarle las acciones que se vayan realizando. Como norma general no mentiremos sobre las cuestiones que nos preguntan, ya que ello podría causar una pérdida en la confianza que precisamos establecer.

Éste puede ser un buen momento y circunstancia para relajar al afectado, manteniendo el contacto físico y ocular y escuchando sus preocupaciones.

Por último aprovecharemos estos primeros contactos para solucionar los problemas que preocupan al damnificado, como pueden ser saber el estado de sus familiares, los problemas de alojamiento, documentación, los lugares donde puede obtener información, la reunificación familiar, cubrir las necesidades físicas, facilitar el contacto con familiares, explicar y facilitar trámites...

En estos momentos es muy importante que permitamos, e incluso facilitemos, que el afectado se desahogue a través del llanto, facilitando

la privacidad necesaria para ello y explicándole la normalidad de las reacciones y sentimientos que vayan apareciendo.

Otro aspecto que debemos considerar es la «gestión» (evitación) de los curiosos.

### 3.3.7. ¿Qué hacer con los curiosos?

#### NOTICIA

##### ***Turismo de catástrofes***

<http://www.diariodeibiza.es/pitiuses-balears/2011/06/06/turismo-catastrofes/486664.html>

SANT JOAN. Raquel Sánchez

• *Los curiosos aprovechan el primer fin de semana después de que el incendio de Sant Joan se haya declarado extinguido para visitar las zonas devastadas* • *El Ayuntamiento espera que esta semana se empiecen a formalizar las reclamaciones de los afectados*

Se dice que la curiosidad es innata al ser humano y que de ésta nace el morbo. Precisamente la curiosidad es la esencia del llamado turismo de catástrofes, ese que hace que días o meses después de que haya acontecido un desastre natural la zona afectada vea incrementado el número de visitantes deseosos de comprobar cómo la desgracia ha cambiado la realidad. Ese tipo de «turismo» es lo que los equipos de extinción intentaron evitar durante los cinco días que duró el incendio de Sant Joan. Hubiera sido especialmente peligroso que las expediciones de curiosos se acercaran al perímetro en llamas, y por eso la Guardia Civil mantuvo cortados buena parte de los accesos principales a Sant Vicent o a Cala d'en Serra. Una vez reabiertos los accesos, no se pueden poner puertas al campo.

Este fin de semana, el primero tras la reapertura de las carreteras y con el fuego ya extinguido, la llegada de curiosos era inevitable. El sábado se observaba un inusual número de vehículos circulando por la carretera vieja de Portinatx, la que baja a Cala d'en Serra, y por el empinado acceso al Port de ses Caletes, probablemente las zonas donde la devastación provocada por las llamas es más visible. Ayer, los caminos de la Vènda de Cas Serres estaban tomados por una nueva especie de dominguero: familias enteras con niños pequeños aparcaban sus monovolúmenes en el inicio de caminos poco transitables y recorrían a pie los senderos para contemplar lo amplio de las extensiones calcinadas, lo sorprendente de los oasis verdes que sobrevivieron y lo cerca que el fuego estuvo de algunas viviendas. «Si pusieran un trenecito, estaría lleno de turistas», asegura el jefe de Protección Civil de Sant Joan, Juan Escandell.

## NOTICIA

### ***Nueva York escapa de la catástrofe***

*El ciclón provoca inundaciones, cortes de luz y el cierre de comercios*

[http://www.elpais.com/articulo/internacional/Nueva/York/escapa/catastrofe/elpepiint/20110829elpepiint\\_3/Tes](http://www.elpais.com/articulo/internacional/Nueva/York/escapa/catastrofe/elpepiint/20110829elpepiint_3/Tes)

[...] Sin embargo, aunque la crecida del río Hudson y el East River se produjo, obligando a cerrar tramos de la autopista FDR e inundando los bajos de varios edificios de Manhattan, a las diez de la mañana las aguas comenzaban a retroceder dejando a su paso sólo un rastro mojado, daños menores y a *muchos curiosos haciendo turismo de catástrofe*.

En toda emergencia es normal que, como surgidos de la nada, aparezcan vecinos, transeúntes, periodistas, personas que ofrecen su ayuda..., una legión de sujetos que pueden entorpecer la labor de los técnicos en emergencias.

Como norma general seguiremos el famoso refrán: «si no puedes con tu adversario, únete a él». Queda claro que el que no colabora, entorpece; pero podemos utilizar este mismo principio poniéndolo a nuestro favor: «si le damos una ocupación, deja de entorpecer».

Tendremos que ser creativos y buscar para cada momento y sujeto una labor con la que consigamos que el curioso deje su actitud y sea una pieza útil.

Lo primero será no «ordenar» que se aleje de la zona sin más explicación. A veces, el simple hecho de convertir esa orden en una solicitud de ayuda explicando el porqué de la demanda coloca al sujeto en otra disposición más receptiva.

También podemos probar solicitando que realice una ocupación que requiera su distanciamiento: ir a buscar a cierto familiar o a desviar el tráfico, poner una señalización, buscar prendas de abrigo, conseguir alimento o bebida, etc.

Sirva como ejemplo un caso relatado por un profesional del cuerpo de bomberos de Tenerife:

«En cierta ocasión tuvo que entrar en un recinto penitenciario donde se había producido un incendio causado durante un motín. Mientras se dirigía con la manguera por un pasillo, se percató de que tras él se encontraban dos presos amotinados de los que no

conocía sus intenciones. Se les quedó mirando mientras éstos avanzaban hacia él y reaccionó increpándolos mediante gritos para que agarraran la manguera a cierta distancia para ayudarle. Ante esta petición, los reclusos no sólo siguieron las instrucciones del bombero, sino que increparon a los demás amotinados que tiraban objetos hacia la zona».

### 3.3.8. Intervención durante la fase de reacción

#### NOTICIA

##### ***Los vecinos acorralan a la vicepresidenta del Gobierno al sentirse abandonados***

ALCOLEA DEL PINAR  
18 de julio de 2005

Entre sonoros abucheos y gruesos insultos fue recibida anoche la vicepresidenta del Gobierno, María Teresa Fernández de la Vega, en Alcolea del Pinar.

«Venís de noche, como los lobos», gritaba otra mujer. «Que bajen, que bajen», gritaban los de fuera mirando hacia el edificio del Ayuntamiento en el que los políticos analizaban la situación. «Nadie nos hizo caso».

Agentes de la Guardia Civil y policías de paisano tuvieron que contener lo que, por momentos, estuvo a punto de desembocar en un motín. Las quejas se iban amontonando en boca de los allí reunidos. Al fin, a trompicones, De la Vega y Barreda lograron llegar a sus respectivos coches entre gritos de «fuera, fuera» y un nuevo cántico: «María Teresa, coge la manguera».

En la plaza mayor de Luzón tres vecinas se montaban rápidamente en sus coches tras recoger sus últimas pertenencias. El miedo por el destino de sus pertenencias se mezclaba con el enfado.

(Noticia aparecida en *ABC*, pág. 12, 18/07/2005)

Tras un primer momento, el afectado va saliendo de su estado de impacto, de shock, comienza a asimilar lo ocurrido y va cambiando las reacciones que experimentaba en esa fase por otras nuevas.

Ahora, en la fase de reacción el sujeto puede mostrar *ira* contra alguien en concreto, algún organismo o Dios. Esto dependerá del tipo de catástrofe (natural o provocada por el hombre) y de las creencias y

circunstancias previas. Esta reacción es normal (aunque no adaptativa) y se debe a la necesidad de darle sentido a la tragedia sin dejarla en «manos del azar». La *culpa* es otra de las emociones que aparece en esta fase, sobre todo en casos en los que el superviviente, de una forma u otra, puede estar implicado en la causa del accidente (descuido, alcohol, conducta inadecuada...). Por último, las *emociones contrapuestas* (felicidad por salvarse *versus* culpa por ello) son también clásicas en la fase de reacción.

Durante esta fase, y ante estas reacciones, el técnico realizará unos primeros auxilios psicológicos. Para ello, *empatizará* con el afectado (preguntándose por las causas de estas reacciones y cómo podrían darse en él mismo si se encontrase en la misma situación) e intentará *ganarse la confianza* del sujeto para que se abra a nosotros: siendo franco, explicándole qué podemos hacer por él, explicándole los sentimientos que puede sufrir y la normalidad de los mismos. Otro objetivo que perseguirá con su intervención es facilitar que el sujeto afectado hable de lo sucedido, de lo que está experimentando, de las preocupaciones que le invaden... Una estrategia que puede utilizarse es pedir la colaboración a algún amigo/familiar para que esté atento a las reacciones del afectado y nos avise en caso de creerlo necesario. Antes de terminar nuestra intervención debemos utilizar un tiempo a escuchar (a veces, ésta será nuestra principal o única labor... que no es poco). Por ello creo que ha llegado el momento de preguntarse algo: *¿cómo soporto el silencio, cómo de hábil soy escuchando?*

Durante nuestra intervención en la fase de reacción tendremos siempre presente:

- No minimice los hechos. Lo que para nosotros puede no tener importancia, puede que para la persona que tenemos enfrente sea un gran problema o un tema personal.
- Evite frases como: «sé por lo que está pasando», y cámbielas por «nadie puede ponerse en su lugar, aunque haya pasado por situaciones similares. Cada uno sentimos de forma diferente» o, simplemente, «supongo que debe ser durísimo».
- No dramatice, no «psicologice», no adopte una aptitud paternalista: las personas son más fuertes de lo que pensamos.
- No juzgue a la persona que tiene enfrente, ni se juzgue por su actuación (por los fallos que crea que ha podido tener).

### 3.3.9. Apoyo a familiares de víctimas. Situaciones que precisan apoyo

#### 3.3.9.1. Recepción

##### NOTICIA

#### ***Perdido un avión de Air France sobre el Atlántico con más de 200 pasajeros***

<http://avion.microservos.com/noticias/perdido-avion-air-france.html>

No hay muchos más datos, pero la BBC cuenta en *French plane lost over Atlantic* que un avión de Air France con unos 216 pasajeros y 12 tripulantes que partió de Brasil con destino a París en el vuelo AF447 ha desaparecido del radar. Se trata de un Airbus 330-200 que debería haber aterrizado en París a las 11:10 hora local. No está claro si es sólo un problema del transpondedor, pero no se ha podido contactar con la aeronave. Se ha activado un centro de crisis en el aeropuerto Charles de Gaulle.

*Actualización 13:45.* Hay un primer comunicado oficial de Air France en el que fundamentalmente se dice que no hay noticias del avión, da un par de teléfonos de contacto, e indica que se ha habilitado una zona especial para familiares de los que iban a bordo en la terminal 2 del aeropuerto Charles de Gaulle.

##### NOTICIA

#### ***El director de Ifema destaca el «servicio a la sociedad» dado por la institución***

[http://www.madriidiario.es/2008/Agosto/economia/eco\\_ifema/93715/ife-ma-lucas-servicio-sociedad-avion-barajasprint.html](http://www.madriidiario.es/2008/Agosto/economia/eco_ifema/93715/ife-ma-lucas-servicio-sociedad-avion-barajasprint.html)

El director general de Ifema, Fermín Lucas, destacó este viernes el «servicio a la sociedad» dado por el recinto ferial desde el momento de la catástrofe aérea que tuvo lugar el pasado miércoles, al prestar sus instalaciones para albergar las primeras labores de identificación de los cuerpos del accidente de avión de Barajas y la recepción de los familiares de las víctimas.

El dispositivo, que fue «prácticamente el mismo que el del 11-M», según Lucas, se distribuyó en el pabellón 6, utilizado por todos los servicios anatómico-forenses, mientras que la zona de juntas y convenciones de Ifema fue ocupada por los familiares de las víctimas y por el servicio de atención psicológica.

De forma ineludible, cuando se produce una catástrofe con heridos y fallecidos, sobre todo cuando éstos son de distinta procedencia, una de las tareas con la que nos vamos a enfrentar es la llegada de los familiares de los afectados (por ejemplo, pasajeros de un avión siniestrado) que acuden al lugar donde ha ocurrido el accidente para estar lo más cerca posible de sus seres queridos y para conocer la suerte que éstos han corrido. Si tenemos suerte, todos llegarán por una misma vía (carretera principal, puerto, estación de ferrocarril o aeropuerto). Nuestra primera tarea (y antes de que empiecen a llegar estos familiares) será conseguir que se habilite una zona (habitación, oficina...) en el punto de llegada (aeropuerto, estación...) donde los familiares puedan dirigirse para conseguir cualquier tipo de información. Esta zona deberá estar bien indicada y contar con un lugar reservado, fuera de miradas de curiosos y donde los recién llegados tengan intimidad.

En un primer contacto será preciso realizar una presentación donde especifiquemos quiénes somos y en nombre de quién trabajamos, así como lo que pueden esperar de nosotros. Escucharles activamente y empatizar con su estado emocional, que, a veces, puede ser de conflicto (ira, desacuerdo, crítica, culpabilización), será imprescindible para que nuestra intervención posterior sea efectiva. Es decir, en estos momentos debemos convertirnos en personas de confianza. Preparémonos para recibir críticas dirigidas a los estamentos que representamos (fruto de la ira de la que ya hemos hablado) y a tener que responder a preguntas incómodas («En cierta ocasión, en la recepción en el aeropuerto de los familiares de un avión que había sufrido un accidente con todos los viajeros y tripulación fallecida, cuando anuncié que los cuerpos de los fallecidos serían reconocidos por su ADN y no por reconocimiento ocular de los familiares, un familiar de avanzada edad preguntó “¿Tan mal ha quedado mi hijo?”. La sala quedó en silencio...»).

Hay que tener presente que estas personas llevarán horas sin comer ni beber y, aunque afirmarán no tener ganas, es necesario que cuenten con algún tipo de bebida y comida en estos momentos.

«Por favor, atiéndanme un momento..., me llamo XXX y soy el psicólogo que la Consejería ha designado para que les atienda en estos momentos. Sentimos mucho que hayan tenido que desplazarse hasta aquí por este triste motivo y sé que deben encontrarse fatigados y angustiados, por eso voy a ser breve. Vamos a intentar que estos momentos sean lo menos duros para ustedes. A continuación les diré lo que podemos hacer por ustedes y lo que has-

ta ahora sabemos. No duden en preguntarnos lo que deseen y si en algún momento herimos sus sentimientos, espero que nos perdonen. Gracias.»

Si algo necesitan y demandan estas personas en este momento es que les aportemos información sobre sus preocupaciones, que en un principio irá encaminada a saber el paradero y situación de sus familiares, como ocurrió en Biescas (Aranda, 1997) o en el accidente aéreo de Melilla.

Esta información deberá ser rápida, concreta y constante, aunque sea reiterativa. Los interesados no van a quejarse si nos dirigimos a ellos para comunicarles que aún no se sabe nada más que la última vez.

Cubrir sus necesidades primarias (Giménez-Torrallba, 1996): alojamiento, medio de transporte, esquema de la zona con teléfonos y puntos de información y/o ayuda (hospitales, ayuntamiento, organizaciones de socorro, protección civil, tanatorio, etc.).

En nuestra experiencia en el accidente aéreo de Melilla (septiembre de 1998) la rapidez de los trabajadores sociales de la Consejería de Bienestar Social, que solventaron el alojamiento y traslado de los familiares peninsulares que iban llegando al aeropuerto, permitió que no se presentase el efecto dominó y que los familiares vieran en nosotros un punto de apoyo.

Estos momentos en los que informamos pueden aprovecharse para preguntarles por sus estados de ánimo, para crear una relación más cercana, explicar la «normalidad» de las emociones y conductas que experimentan y ofrecerse para intervenir o asesorar sobre los temas o dificultades que encuentren.

### 3.3.9.2. Reconocimiento de cadáveres

***Entrevista realizada a Álvaro Miró, forense que participó en el reconocimiento de cadáveres del accidente aéreo de Barajas***

<http://www.larioja.com/20080826/rioja-region/reconocimiento-cadaveres-lento-pero-20080826.html>

—¿Cree que en las familias existe cierto miedo, después de los reconocimientos fallidos del Yak-42?

—No, en estas tragedias se demuestra que la gente es buena y confía en quien les da seguridad de que se van a hacer bien las cosas. En el

caso de la catástrofe del Yak-42, por ejemplo, no participó ningún forense español. En el caso de la catástrofe aérea de Barajas, el reconocimiento de cadáveres va a ser lento, pero no va a haber errores.

—¿Qué ayuda se puede ofrecer a los familiares de los fallecidos?

—Son los psicólogos los que están continuamente con ellos. Nosotros la única ayuda que les podemos ofrecer es que sepan que se van a identificar correctamente a sus seres queridos.

—¿Y ustedes los forenses, también necesitan ayuda cuando ocurren estas tragedias?

—Lógicamente, nos involucramos en los casos y los forenses acaban agotados física y psicológicamente. Pero la ayuda psicológica que nosotros necesitamos también es reconocer a las víctimas.

Una situación difícil, en la que suelen aparecer fuertes expresiones de la emoción, son los momentos que rodean al reconocimiento de los fallecidos. Si bien es cierto que cada vez se impone más el reconocimiento científico basado en huellas dactilares, pruebas genéticas y dentales, sin que tenga que llegarse al reconocimiento ocular por parte de algún familiar, no podemos descartar que esto deba hacerse en algunos casos.

El psicólogo u otro profesional ajeno al derecho debe saber y conocer el proceso legal que rige el reconocimiento de cadáveres, como bien indican Alarcón, Alcaraz, Corpas, López, Montilla, Navarro y Soriano (2005), ya que nuestra labor y la información que podemos facilitar está sujeta a estas normativas y procesos (levantamiento del cadáver, autopsia, toma de pruebas médico-forenses...). Por ello, el psicólogo debe estar coordinado y en constante contacto con el equipo encargado de estas labores.

«... Poco antes de las 23 horas apareció uno de sus hermanos (XXXX) preguntando por la posibilidad de que fuese su hermana la suicida. Se le solicitó el nombre de la misma, que coincidía con las sospechas y con la propietaria del vehículo, y se le preguntó si conocía el vehículo citado. Al verlo, se vino abajo, confirmando que era el de su hermana. Aun así, se le pidió que no llamase todavía a sus padres (en Málaga) para notificar la noticia hasta que no se confirmase por reconocimiento físico. Este hermano se puso en contacto con otros para informar de las sospechas, solicitando a uno de ellos (YYYY) que se personase también. Fue este último el que realizó el reconocimiento. Durante este tiempo, estuve rea-

lizando una escucha activa, recogiendo información sobre otros familiares y asesorando sobre las posibles reacciones emocionales que podían experimentar.»

Este fragmento pertenece a la intervención realizada tras el suicidio de una mujer de 47 años y cuyo coche se había encontrado a escasos metros del lugar del suceso con las llaves en el contacto, sin cerrar y con la música puesta. Aun con el reconocimiento ocular, la policía científica (un capitán de la Guardia Civil) me aclaró que hasta que no se confirmase por huella dactilar, no se daba por hecho la identidad de la suicida, ya que, me contó, en ocasiones el impacto que se produce en el familiar al ver el cadáver hace que se equivoquen.

Previo a este reconocimiento se debería solicitar a los allegados una descripción del familiar desaparecido, con el fin de evitar o reducir en lo posible que el familiar deba buscar entre cadáveres, limitando esta búsqueda entre aquellos que coincidan con la descripción facilitada.

Un sistema útil en la identificación de cadáveres es el descrito por Aranda (1997) y realizado en la catástrofe de Biescas, donde se efectuó una identificación previa fotográfica.

En estos momentos buscaremos que se eviten colas y ayudaremos a que la familia elija al encargado de realizar la identificación.

Otro aspecto a tener presente es el organizar el espacio de forma que se evite el efecto dominó de las manifestaciones emocionales.

Un ejemplo de ello lo encontramos en la catástrofe ya mencionada. Los cadáveres fueron dispuestos para su identificación en la pista del Palacio de Hielo de Jaca, y se diseñó un procedimiento en el que las puertas de entrada y salida de la pista eran diferentes, encontrándose a continuación de la de salida la «sala de psicólogos», donde el familiar que había pasado a reconocer el cadáver se reunía con los demás allegados.

En algunos casos, por ejemplo en el accidente aéreo de Melilla, el reconocimiento de cadáveres por parte de sus familiares no es aconsejable (cuando no imposible). En estos casos la labor del psicólogo consistirá en ayudar al familiar a aceptar esta decisión. Como la preocupación del familiar en estos casos es la duda sobre la autenticidad de los restos que se le dan como de su familiar deberemos empatizar, reconociendo sus deseos, pero advirtiéndolo de los efectos (recuerdo) a largo plazo y haciendo hincapié en las garantías científicas (huellas dactilares, pruebas de ADN o de piezas dentarias, etc.) que aseguran la identificación.

«Entiendo su preocupación y que ustedes quieran estar seguros de que los restos que entierren y a los que lloren sean los de su familiar. En este sentido, les podemos asegurar que, gracias a la labor científica de los forenses, la identificación va a estar asegurada. Además, en caso de que quedase alguna duda, se les pediría que uno de ustedes hiciera un reconocimiento visual. Por otro lado, creo que es mejor evitar esta circunstancia y que en su recuerdo permanezca la imagen que ustedes tienen de su familiar cuando aún estaba vivo.»

### 3.3.9.3. Velatorio y ceremonia de enterramiento

#### ***Lo único que me ha quedado***

Hacía frío y en el tanatorio se agolpaban los familiares de los fallecidos en la riada. Se escuchaban llantos provenientes de los distintos grupos de familiares, de forma que me acerqué al joven del que me habían indicado que había perdido a su mujer embarazada y a sus dos hijos. Mi inexperiencia me dejaba poco margen de actuación, así que opté por presentarme como psicólogo y darle el pésame. «No puedo ni imaginar por lo que estás pasando, pues me resulta muy difícil ponerme en tu lugar». Había oído que hay que ser muy comprensivo con el afectado, que hay que ponerse en su lugar y expresarle que entiendes como se siente. Pero en este tipo de circunstancias, realmente, ¿puede uno llegar a imaginarse acaso una mínima parte de la realidad por la que está pasando esa persona? En estas circunstancias la mejor forma de hacerle comprender que «intentamos» ponernos en su lugar es decirle sinceramente que ni nosotros ni nadie puede saber cómo se siente. ¿No será ésta la forma de que esta persona invadida por un sufrimiento infinito se sienta comprendida?

Durante un largo intervalo, al menos a mí me lo pareció, el joven marido y padre se echó a llorar en mi hombro. Finalmente se separó, me miró, respiró profundamente y se sacó las manos que llevaba enfundadas en los bolsillos de su abrigo. «Esto es lo único que me ha quedado.» Yo no alcanzaba a entender qué me quería decir hasta que bajé la mirada y entre sus manos observé dos pequeños zapatos. Pronto supe que debían pertenecer a alguno de sus hijos y estoy seguro de que nadie en aquel momento podría haberle arrancado aquellos diminutos «tesoros» de las manos a ese padre. Creo que, en parte, tener esos trozos de realidad le sirvió para seguir adelante.

Aferrarse a objetos que pertenecieron al ser perdido es una conducta frecuente en los afectados. Puede ser una prenda de vestir, una joya de escaso valor material, una fotografía, un objeto personal... A veces, me han preguntado si eso es sano. Como toda «ceremonia» o rito que nos

sirva para hacer más soportable el duelo y para superarlo creo que sí lo es. Como casi en todo, esta conducta se convertirá en «patológica» si persiste en el tiempo o sobrepasa en intensidad y frecuencia un límite que nos incapacite para volver a llevar nuestra vida de forma normalizada y, así, más o menos satisfactoria.

El velatorio y la ceremonia del entierro son otros dos momentos donde suelen exteriorizarse de forma explosiva las emociones. Sin embargo, hay que tomarlas como manifestaciones «normales» e incluso aconsejables.

Tanto velatorio como entierro son dos formas sociales que sirven para procesar el duelo, sirven como un antes y un después, rituales que permiten y dirigen la expresión de emociones y la descarga de sentimientos; suponen, por tanto, una actividad que facilita la vuelta a la normalidad psicológica de los allegados. Una prueba de ello es la dificultad que experimentan los familiares de desaparecidos para elaborar el duelo, que suele prolongarse y hacerse patológico.

El *mecanismo de negación* por el cual el afectado niega que haya sucedido la tragedia o que le esté sucediendo a él, suele haber desaparecido durante el transcurso del entierro y, si aún persiste, la ceremonia por la que se está pasando servirá para que empiece a aceptarse el hecho traumático.

El *llanto* es otra manifestación que no debemos reprimir. Mediante él, la persona va a descargar la ansiedad, el miedo, la idea insoportable de haber perdido a un ser querido, etc. Por regla general, lo mejor en estos casos es dejar a la persona que llore sin ser molestada. Debemos evitar expresiones como «no llores», «ya verás como con el tiempo...».

Por el contrario, en estos momentos debemos asegurarles que comprendemos lo que están sintiendo, aunque sin duda nadie puede ponerse en su lugar, ni pasar lo que ellos sienten. Que este suceso no lo olvidarán nunca, pero que deben aprender a vivir con ello. Que por mucho tiempo que pase, el recuerdo del ser querido volverá a ellos en algunas ocasiones: en fechas señaladas, al escuchar una melodía, al visitar ciertos lugares o cuando abran un cajón y encuentren un recuerdo.

La *ira*, que a veces no tiene persona u organización concreta contra la que dirigirse, suele presentarse sobre todo en catástrofes provocadas por fallos humanos.

Todas estas emociones y conductas son, dentro de unos límites, normales en estas circunstancias y debemos dejar que afloren como parte del duelo.

Serán aquellos afectados en las que no se presenten estas expresiones emocionales (disforia) los que deben preocuparnos. Nuestra labor irá enfocada a ayudarles a comprender que no deben guardar, por vergüenza o valores inadecuados, los sentimientos que mantienen reprimidos en esos momentos.

Algunas personas solicitan *medicación* para calmarse o calmar a otro familiar. Esta ayuda no debe negarse, si bien antes de proporcionarse podemos explicar que es más aconsejable que se intente superar esos momentos con apoyo de otros y con otras técnicas, aceptando los sentimientos más que anulándolos con fármacos.

El efecto dominó, el contagio de expresiones extremas, suele aparecer si los familiares de distintas víctimas coinciden en un mismo lugar. Para evitarlo debemos estructurar el tanatorio propiciando su parcelación y la intimidad de los familiares. Respecto a la idoneidad de la participación de los niños en estas ceremonias, el tema puede consultarse más adelante.

De cualquier manera, el profesional tiene que tener presente que estos actos son de una intimidad que ha de respetarse. Ello requerirá que nuestra presencia sea más discreta, limitando en lo posible señales externas que delaten nuestro carácter de intervención.

El contacto con los familiares debe de ser previo a estos actos. De no haber sido así, no debemos entrar en el círculo de familiares como un intruso: pediremos permiso para sentarnos con ellos, nos identificaremos verbalmente y utilizaremos cualquier información útil (hora de entierro, forma de traslado de cadáveres, etc.) o preguntaremos por el estado de algún familiar anteriormente atendido para aclarar la «normalidad» de sus sentimientos y ofrecer recomendaciones a largo plazo.

Una forma de conseguir su confianza, sin ser intrusivos, es comenzar dando algún consejo sobre cómo tratar el tema con los menores, información que suele ser bien aceptada.

#### 3.3.9.4. Comunicando el fallecimiento de allegados

El siguiente texto es un extracto del informe realizado tras una intervención de apoyo a los familiares de un suicida<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Agradecimientos a los miembros de la Guardia Civil de la Comandancia de Melilla, que aprecian la ayuda que los miembros del GIPEC podemos ofrecerles y muestran una profesionalidad digna de envidia.

«[...] Me persono en casa de la hermana del fallecido donde me espera un miembro de la Guardia Civil junto a otros dos que ya han notificado la noticia al familiar. Se trata de XXXX, mujer de 40-45 años que me explica que está muy preocupada por cómo le va a afectar la noticia a su padre, ya que llevan un año muy malo: su madre falleció hace unos 4 meses y actualmente a otro familiar le han detectado un tumor, aunque afortunadamente tratable con radioterapia (que empezarán este fin de semana).

Le explico que debe darle la noticia a su padre lo antes posible, sin ocultarle nada, pero evitando entrar en detalles escabrosos.

[...]

(La hermana del fallecido notifica por teléfono a la ex mujer de éste la noticia.) Una vez que le notifica a su cuñada el fallecimiento de su marido, ésta pide hablar conmigo para que le aconseje sobre cómo decirle lo ocurrido a sus hijos. Está llorando. Le explico que hable con sus hijos lo antes posible de forma natural (sin ocultar emociones) y sin entrar en detalles. Me pregunta si deben venir (al estar separada de su marido, vive en otra ciudad) y le contesto que es decisión suya, que no podrán ver el cadáver, que si no vienen haga algún tipo de ceremonia con sus hijos y que si vienen será bueno para que el abuelo y los nietos se apoyen mutuamente. Que no puedo quitarle el dolor, que sólo puedo darle esos consejos.

Junto a la hermana del fallecido, me dirijo al domicilio del padre de ambos. En el trayecto, XXXX vuelve de forma reiterada a las preocupaciones por su padre:

—Cómo le afectará a mi padre. No lo va a superar. Aún no ha terminado de llorar a mi madre. (Le explico que su forma de darle la noticia y su apoyo posterior van a ser muy importantes.)

[...]

En el portal del piso de su padre, XXXX se pone muy nerviosa ante la tarea que tendrá que hacer en breve. Le explico que es normal que esté nerviosa, que sé que lo va a hacer muy bien y que, además, estamos ahí para ayudarle.

Cuando el padre abre la puerta, le pregunta: “¿Es por tu hermano?”. Ella responde afirmativamente. Él pregunta cómo ha sido. En principio le contestamos que no es importante, que simplemente ya no ha podido más y se ha quitado la vida. Durante la conversación el hombre llora en distintas ocasiones. Se preocupa

por los “papeles del seguro”, se lamenta por la racha y se “alegra” de que su mujer no esté viva para tener que soportar esto...»

No será extraño que a lo largo de nuestro trabajo nos veamos obligados a comunicar el fallecimiento, o la posibilidad de ello, de un familiar o conocido a los allegados. Ésta suele ser una tarea difícil frente a la que nos preguntamos cómo debe ser nuestra labor.

Como siempre, habrá que puntualizar que no existen recetas y que debemos adaptar nuestra comunicación a las características personales y situacionales de quien tenemos delante.

A modo de generalidad podemos ofrecer las siguientes recomendaciones:

- Comenzar presentándonos, lo cual no se limita a nuestro nombre, sino al rol que estamos ejerciendo.
- Separar a la familia de la situación y explicarle qué ha sucedido y qué se está haciendo (en caso de que el familiar se encuentre siendo intervenido).
- Propiciar la intimidad. Muñoz-Prieto y Gómez-Gutiérrez (2006) aconsejan que la noticia se dé en una habitación lo más aislada del resto de instalaciones asistenciales, bien iluminada, tranquila, con mobiliario cómodo y confortable. Aunque esto no siempre será posible debemos huir de pasillos y de lugares concurridos.
- Utilizar el contacto físico, la cercanía, mantener la mirada.
- Preguntar si necesitan algo.
- Utilizar frases que muestren nuestra comprensión, aunque dejando ver que su dolor es algo individual e irrepetible. Ofrecerles la idea de que no olvidarán este dolor, pero que deben aprender a vivir con ello.
- Explicarles las reacciones que son «normales» que sientan y sugerirles que no las repriman.
- Evitar la improvisación, así como los tecnicismos y los contenidos que conlleven sufrimiento, agonía o dolor al dar la noticia. Si es posible, debe ser el equipo médico que ha atendido el caso quien, de forma conjunta, explique lo sucedido. Si no es así, cosa que en una emergencia o catástrofe será muy probable, el portavoz debe conocer lo más ampliamente posible las circunstancias que han rodeado al suceso para poder atender las demandas de información que la familia pueda requerir.

«En cierta ocasión tuve que recibir y reunir en una sala habilitada de un aeropuerto a los familiares de los pasajeros de un avión siniestrado en el que no había habido supervivientes. Mi tarea era explicarles cómo se les iba a trasladar hasta los puntos de información y hospedaje, así como otras cuestiones. En un momento de la conversación, informé de la imposibilidad del reconocimiento de los cadáveres (asunto por el que habían preguntado), entonces el padre de una de las víctimas, un hombre de avanzada edad que había llegado en otro avión, me preguntó si tan mal había quedado su hijo. Se hizo un silencio en el que creo que, como a mí, a los demás asistentes se les pasaron imágenes asociadas a dicho comentario. Mi respuesta fue que no era así, que no se hacía porque ello conllevaba demasiado tiempo y no era fiable, que hasta el lugar se había trasladado un equipo de especialistas forenses que garantizaban que el féretro que se les entregaría contenían los restos de su ser querido.»

En cuanto a la noticia en sí del fallecimiento o posibilidad del mismo, debe reunir una serie de directrices de las que la más importante sería, como suele decir el profesor y jefe de cuidados paliativos del Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología de Cuba, Jorge A. Grau, emulando a la famosa frase jurídica: «decir siempre la verdad, sólo la verdad... pero no toda la verdad». Ello significa que tendremos que evaluar qué cantidad está preparada la familia para asimilar. La verdad debe ir dosificándose, ofreciéndose de forma paulatina, obviando aquellos detalles que pueden provocar ansiedad u otra reacción adversa en el sujeto.

Otro principio es que cuando ofrezcamos esta información debe ir dirigida a la mayor cantidad de familiares posibles a la vez. Este principio no es compartido por Muñoz y Gómez (2006), que sugieren la presencia de dos familiares, ya que, opinan, en caso de grupo familiar la información, percepción y distorsiones cognitivas son más difícilmente observables. Si bien este caso puede darse, el notificar al grupo de familiares proporciona una mayor sensación de apoyo y consuelo mutuo y se evita una cadena de información (que puede dar lugar a distorsiones comunicativas y supone cargar con esta tarea a un allegado que está experimentando fuertes sentimientos).

En tercer lugar destacaremos que «no deben concederse pactos de confidencialidad». Suele ser normal que el familiar al que notificamos la pérdida nos pida que no se lo contemos AÚN a otro familiar por con-

siderarlo más débil, por creer que no está preparado o para evitarle sufrimientos. En estas circunstancias hay que ser tajante y negarse a ello aludiendo al derecho que tiene el otro de ser también informado y ofreciendo la posibilidad de que sea el propio familiar que solicita nuestro silencio quien dé la noticia. Para que entienda mejor nuestra postura podemos preguntarle si en caso de ser él la otra persona le gustaría que le ocultásemos la información.

Será bueno que el técnico se dirija en principio a aquel o aquellos familiares que presenten mayor estabilidad, debido a que sean más maduros o que su lazo emocional con el fallecido no sea tan intenso, pidiéndoles su ayuda para apoyar a los demás ante la noticia. Tras la notificación, facilitaremos o sugeriremos la ingesta de líquidos que sirvan para reponer posibles carencias en el estado físico, a la vez que preguntamos por posibles necesidades. Hemos de partir de la probable resistencia del afectado a aceptar nuestra ayuda o la ingesta de alimento alguno, ya que en esos momentos tiene otras preocupaciones e, incluso, puede creer que «no debe preocuparse por él mismo» (exigencias del rol). Para vencer en parte esta negativa, en lugar de preguntar si desea algo, preguntaremos qué desea tomar (dando por hecho que va a tomar algo) o, mejor, acudiremos a su encuentro con un vaso con alguna bebida (agua, leche, zumo, café...) ofreciéndosela directamente. Además, podemos aprovechar estos momentos para comenzar a explicarles la posible evolución del duelo, así como de la normalidad de sus reacciones.

Tampoco debemos, en principio, excluir a los niños de la comunicación de las malas noticias. Ello evitará ocultamientos de la verdad que más que ayudar, perjudican al menor. Además, si el niño asiste a la noticia, podrá experimentar las reacciones que tienen los adultos (aprendizaje social) y se sentirán apoyados, incluidos en el grupo y queridos.

Por último, nuestra comunicación debe incluir el ofrecimiento de la asistencia psicológica o médica para los miembros que así lo estimen necesario. No será extraño que los afectados rechacen la ayuda y consideren que no necesitan el apoyo psicológico («no estoy loco»). En principio debemos respetar esta decisión y explicar «mejor» nuestra función, esperando que sea el propio afectado el que acuda si lo estima oportuno.

Los momentos que siguen a la notificación de la pérdida de un ser querido suelen ser en los que se presentan las preguntas más difíciles de responder. Ante ellas (por ejemplo, «¿Por qué ha tenido que sucederle a ella?, ¿Cómo Dios permite esto?...»), la mejor forma de responder es siendo sinceros y/o admitiendo que no se sabe: «Hay preguntas que no tienen respuestas»... «Sinceramente, no lo sé»... «Entiendo que te sea imposible de asimilar». Realmente el familiar no busca que le demos una respuesta racional, lógica, sino que escuchemos su estado emocional.

### 3.3.9.5. Cómo informar a los niños del fallecimiento de seres queridos

—Aún no he sido capaz de decírselo —suele confesar un familiar entre sollozos refiriéndose a comunicarle a un niño que su ser querido ha muerto.

—No sé cómo decírselo —argumentan otros.

Entre las personas allegadas a un fallecido puede encontrarse algún menor. No en pocas ocasiones se le oculta o se retrasa el momento de comunicárselo mientras que el niño observa, sin comprender o haciéndose sus propias ideas, las expresiones de dolor de los adultos que le rodean. Cuando por fin el menor comienza a preguntar por la ausencia del fallecido solemos contestarle con explicaciones eufemísticas o no contestamos.

La forma en que éste va a comprender y a asimilar este trágico hecho dependerá en parte de su edad. De cualquier manera, nunca debemos ocultar la muerte para evitar sufrimientos, pues a la larga esta postura se volverá contra el menor y contra nosotros.

Los niños de edad temprana (preescolar) tienen una concepción de la muerte como un hecho temporal, reversible. Además, acostumbrados a lo que observan en las películas, creen que sólo mueren los «malos»; por ello, al descubrir que también mueren las personas buenas y los jóvenes (ellos también), pueden experimentar un sentimiento de terror que es necesario canalizar.

Otra idea que puede aparecer en el menor es que la culpa de la muerte del ser querido es suya por haberlo deseado en algún momento. Este hecho se debe a lo que se denomina *pensamiento mágico*, que está presente en los menores hasta cierta edad.

Todas estas ideas deben tratarse y eliminarse; para ello es importante tener en cuenta una serie de recomendaciones (Markhan, 1997):

- No usar mentiras. Las mentiras se vuelven en nuestra contra al ser descubiertas y provocan una pérdida de confianza del menor, no sólo en el familiar que le ha mentado, sino en todo el mundo adulto.
- Si no se sabe cómo explicar algo, confesarlo. No tenemos por qué ser infalibles, saberlo todo. El menor aceptará que le contemos con un «no lo sé» o «esa pregunta no tiene respuesta».
- No usar (o usar lo menos posible) eufemismos (es un ángel, se ha marchado...). Tenga presente que lo que usted puede interpretar como una forma de hablar, el menor lo puede interpretar de forma literal. Sobre todo evitar decir que «está en el cielo», ya que el niño puede querer seguir al ser querido.
- No dar falsas esperanzas de regreso del fallecido. Aunque en principio sea más duro hay que anunciar que el proceso, la falta del ser querido, es irreversible.
- No relacionar la muerte con el sueño («... está durmiendo»), que puede provocar problemas para dormir. No es extraño que algunos menores que observan que los mayores están tristes y lloran y que el fallecido (que está como dormido) es enterrado, desarrollen fobias a la oscuridad y el sueño volviendo a aparecer conductas infantiles ya superadas, como la enuresis, o peticiones de volver a la cama con los padres, así como pesadillas e insomnio.
- Expresar las emociones (pena) delante del menor. ¿Por qué no compartir con el niño nuestros sentimientos?
- No dilatar el tiempo para dar la noticia. Hacerle partícipe de lo ocurrido, dándole la oportunidad de compartir sus dudas y sus sentimientos y de comprender nuestras conductas.

La información debe ser proporcionada por un allegado, siendo el papel del psicólogo tratar problemas y preguntas que surjan a posteriori. De todas formas, si la familia decide delegar esta tarea en un profesional o si esta situación es la única posible (caso del fallecimiento de los dos progenitores), éste debe previamente conocer las experiencias que tiene el menor sobre la muerte (fallecimientos anteriores, explicaciones, creencias...) para adaptar su explicación a la posibilidad de entendimiento del niño.

Al igual que en los adultos, en los niños aparecen una serie de reacciones «normales» que debemos hacer que el menor las entienda así.

Así, habrá menores que aumenten su *dependencia* del progenitor vivo o, por el contrario, que se *despeguen* emocionalmente (no quieren ser abrazados...).

También experimentan en las semanas posteriores a la muerte del familiar una *tristeza* profunda o *niegan* esta muerte.

La *ira* es otra manifestación que se pone de relieve en un aumento en la violencia en los juegos o en la interacción con otras personas.

Por último, como ya hemos citado, los *problemas del sueño* pueden estar presentes en los primeros días de duelo: insomnio, pesadillas, negarse a dormir solos...

Otras manifestaciones *NO son «normales» por su intensidad, duración o cualidad*. Se debe estar atento a las señales que nos puedan indicar la necesidad de ayuda profesional, entre las que podemos citar:

- Pérdida de interés por actividades durante un período dilatado.
- Insomnio prolongado.
- Pérdida de apetito.
- Miedo (ansiedad) de separación.
- Regresión a conductas propias de una edad más temprana. Es cierto que esta manifestación es normal en un principio (enuresis, hablar como un bebé...). Será su persistencia lo que debe preocuparnos.
- Imitar la conducta del ser fallecido (suplantación del hermano). El menor que escucha cómo se elogia y se estima al hermano fallecido, permaneciendo él «olvidado», imita la forma de vestir del fallecido, su habla, sus aficiones y/o amistades, ocupa su cama...
- Expresar el deseo de irse con el fallecido de forma reiterativa.
- Aislamiento, disminución de las interacciones con grupos de iguales.
- Problemas escolares prolongados.

Cuando la muerte es la de un hermano, tendremos que poner especial cuidado en que el menor no experimente «celos» por la pena expresada por los padres, y que el niño puede interpretar erróneamente como una pena porque haya muerto el otro y no él.

Finalmente hay que enumerar algunas recomendaciones relacionadas con el entorno del menor:

- No se debe obligar al niño a que acuda al velatorio o entierro, pero tampoco debe prohibírsele. De todas formas es recomenda-

ble que se realice con él algún tipo de ceremonia como acudir a un templo, visitar la tumba, poner flores o encender velas.

- Debemos informar a la escuela del suceso para que los profesores actúen en consecuencia no confundiendo los cambios que se puedan experimentar en la conducta del menor con otras causas distintas.
- En la vivienda deben dejarse algunas fotografías del fallecido para que el niño no sienta una separación total y pueda recordar a su familiar. Sin embargo, debe evitarse dejar los objetos y pertenencias del fallecido como si éste estuviese a punto de regresar.

Sin que los siguientes diálogos supongan una forma de actuar como una estructura fija, se presentan como ejemplos de cómo puede transcurrir la notificación del fallecimiento de un ser querido.

### Caso 1

El siguiente diálogo se mantuvo con una niña de 6-8 años para notificarle el fallecimiento de su padre.

—Hola, María, soy XXX, un amigo de tus padres —se presenta el psicólogo al que se le ha pedido que dé la noticia. Anteriormente, éste ha recogido información sobre la pequeña y su relación familiar—. ¿Qué estás haciendo?

—Dibujo con las ceras.

—Escucha, María —el psicólogo requiere la atención de la pequeña poniéndose frente a ella, a su altura—, tu madre me ha pedido que te dé una noticia triste.

La niña deja de mirar el papel.

—¿A que te has dado cuenta de que tu madre está muy triste?

—Sí —confiesa la pequeña—, estaba llorando porque le dolía la cabeza.

—Bueno, eso no es del todo cierto, pero tu madre te contó esa pequeña mentira porque te quiere mucho y no quería ponerte triste.

—Entonces, ¿por qué lloraba?

—Verás, tu padre ha tenido un accidente, sabes, ¿sabes lo que es un accidente?

—... Sí... cuando un coche choca con otro.

—Bueno, sí, como eso. Tu padre venía en un avión y éste se ha roto, ha chocado contra el suelo.

La pequeña cambia de expresión y mira a su alrededor buscando a su madre. El psicólogo le dice que ésta no tardará en venir y le acaricia el cabello.

—María, tu papá se ha muerto. ¿Sabes qué significa eso? ¿Alguna vez has oído hablar de lo que pasa cuando alguien se muere?

—Niebla se murió —recuerda la niña— y papá se lo llevó y lo enterró... y ya nunca ha vuelto.

—No, María, es que cuando una persona o un animal se muere ya no vuelve nunca —explica el psicólogo.

—Ya, es que Niebla no se ha despertado todavía.

—Es que Niebla no estaba dormida, lo parecía, pero cuando alguien muere, es como si durmiese para siempre, sin poder despertar. Pero esto es para que lo entiendas, no es que las personas que se mueran estén dormidos. Es complicado, ¿verdad?

—Sí. ¿Cuándo vendrá mamá?

—Ahora mismo vendrá a por ti.

—¿Mi papá tampoco va a despertar?

—No, tu papá ha muerto y ya no lo verás más. Es normal que estés triste pues tú quieres mucho a tu padre y no te gusta no volver a verlo, pero... verás, a veces, ocurren cosas que no nos gusta que ocurran —el psicólogo se acerca más a la niña y baja la voz—. Yo sé que eres una niña buena y valiente... y tienes que ayudar a tu mamá y quererla mucho. Cuando ella esté triste debes quererla más aún. ¿Me lo prometes?

La niña mueve la cabeza.

—¿Dónde se ha ido mi papá? —la niña tiene unas lágrimas en los ojos.

—No lo sé —reconoce el psicólogo.

El psicólogo abre la puerta y pide a la madre que entre. Cuando la niña ve a su madre con síntomas de haber llorado, se echa ella también a llorar y corre hacia ella.

La madre mira al psicólogo, quien, por gestos, le hace comprender que ya lo sabe.

—Bueno, no es malo que lloréis —aclara el psicólogo dirigiéndose a las dos—, y tú, María, debes preguntarle todo lo que quieras a tu madre o a tu abuelito.

## **Caso 2. Dalila y la DS**

Hace 17 días que Julio M., junto a su mujer, Soraya, y sus dos hijas, Sonia y Dalila (de 11 y 9 años) se dirigían en su coche a Fez (Marruecos)

de vacaciones y para visitar a la familia de Soraya, de origen marroquí. Cuando sólo le quedaban unos escasos kilómetros para llegar a su destino, otro vehículo que iba en sentido contrario, adelanta indebidamente y pierde el control e impacta contra el lateral izquierdo del vehículo de Julio. Sonia fallece en el acto. A esta pérdida, de por sí trágica, se le suman ocho días en Marruecos hasta poder enterrar a la fallecida en la ciudad a la que se dirigían y donde viven los familiares de Soraya. Ocho días en los que pasan por dos clínicas de un nivel sanitario muy precario donde Julio es «tratado» de los traumatismos que el accidente le ha producido. Ocho días de trabas burocráticas. Después de más de una quincena el psicólogo se entrevista con Julio y Soraya (pareja con escaso apoyo social por parte de la familia de ambos). Soraya recuerda detalles y llora. Julio aún lleva un brazo en cabestrillo. Recuerda que tras el accidente, él y su mujer miraron el asiento de atrás y comprendieron que Sonia, sobre el cuerpo de su hermana, estaba muerta. Recuerda cómo intentaron cerrarle los ojos sin éxito, cómo la tendieron en la carretera e intentaron reanimarla, a pesar de que sabían que era inútil. Piensa cómo hubiese cambiado lo ocurrido si hubiese salido unos minutos antes o después del cafetín donde se detuvieron en el camino, si el otro vehículo hubiese caído por el terraplén (como deseó en los últimos instantes previos al choque) o si él mismo se hubiese salido a la cuneta.

Finalmente admite que eso ya no sirve de nada. A los 40 días del fallecimiento volverán para los funerales por el rito musulmán. El psicólogo les aconseja que se lleven a Dalila y que «se despidan» de la fallecida en la ceremonia. Esta vuelta supone pasar de nuevo por el lugar del accidente. También deberán volver para asistir al juicio. Soraya llora mientras recuerda. Julio, preocupado por Soraya, le comenta al psicólogo que si su otra hija también hubiese fallecido, él se habría quitado la vida.

Ante sus reacciones el psicólogo les explica que son normales, que aún les queda mucho por pasar, para aprender a vivir sin su hija, a soportar la vida con esta terrible pérdida y que deben incluir a Dalila en sus expresiones, en su duelo.

Hasta ahora se han recluso en su casa, donde apenas reciben visitas, en parte, porque no las desean, en parte, porque existe poco apoyo familiar.

Si Soraya expresa sus sentimientos llorando, Julio permanece en una falsa serenidad, no deja de fumar. A ratos, se le escapa alguna lágrima.

Después de esta charla, el psicólogo pasa a hablar con Dalila, de la que Julio cuenta que ha cambiado, que está arisca, irritable y que no quiere abrazarlos ni besarlos.

La niña se niega a hablar con el psicólogo, que ha sido presentado como un amigo de los padres. Se pone a jugar con una videoconsola de la que no despega la vista mientras el psicólogo habla. El psicólogo comienza diciéndole que no le importa que ella no hable, que sabe que lo está escuchando. Le dice que está allí porque se ha enterado de que están pasando por un mal momento y que imagina que ella debe de estar pasándolo muy mal y que jugando intenta olvidarse un poco. También le dice que se imagina que echará mucho de menos a su hermana y que cuando ella quiera debe preguntarles las dudas sobre el accidente a sus padres. Que habrá preguntas a las que sus padres no podrán contestarle porque no sepan o sean cuestiones que no tienen respuesta, que quizá esté cabreada y que, a veces, quizá no se crea lo que ha pasado. El psicólogo le asegura que todo eso es normal, que sus padres, pensando que era lo mejor, no han querido llorar delante de ella, pero que a partir de ese momento, lo harán y que ella, si lo necesita, también debe hacerlo. La niña no mira al psicólogo en ningún momento, pero permanece allí, escuchando y los cambios de expresiones que aparecen en su rostro le dicen al profesional que está recibiendo los mensajes que le intenta transmitir.

### **Caso 3. Alberto, síndrome de Down**

En el tanatorio, el psicólogo habla con uno de los hijos del fallecido y le pregunta por los demás hermanos.

—Todos estamos aquí —afirma Luis—, salvo Emilia, que viene en avión desde Bilbao, y Alberto, que hemos dejado con mis hijos en casa.

—¿Cuidándolos...?

—No, es que padece síndrome de Down y estaba muy unido a mi padre.

El psicólogo se entera de que Alberto es el menor de los hermanos, que tiene más de 20 años y que seguía viviendo con los padres, aunque ya había tenido algunos trabajos, lo que confirma que tiene un grado de independencia y cognoscitivo normales.

—¿Pero ya le habréis dicho que su padre ha fallecido? —pregunta el psicólogo.

—Bueno... no, mi madre prefiere que esperemos a que terminemos con el entierro y después comunicárselo.

—Es decisión vuestra, pero como psicólogo debo deciros que no creo que sea lo más adecuado. Alberto tiene derecho a conocer la situación y «a despedirse de su padre» como vosotros. Si no le dejáis

participar de estos momentos, se sentirá excluido. Además dificultaréis su duelo.

—Ya, bueno, hablaré con mi madre y mis hermanos...

### 3.3.9.6. Tres últimas recomendaciones a los profesionales

En este apartado nos gustaría anotar algunos aspectos que debemos evitar mientras mantengamos el contacto con los afectados. Estas recomendaciones son fruto de ver cómo afecta de forma negativa nuestra relación con estas personas.

En primer lugar, cuando se convoca una reunión informativa con los distintos afectados, no los debemos hacer esperar. El informante, por muy «importante» que sea, debe *ser puntual*. Las esperas no hacen más que provocar irritabilidad, sensación de impotencia y permite la «búsqueda de culpables».

Los *teléfonos móviles* son un insustituible instrumento de trabajo, dada la movilidad que tendrán que tener los equipos de trabajo y el constante intercambio de noticias entre ellos. Sin embargo, puede convertirse en un arma de doble filo, si es usado en exceso y en momentos inadecuados. Las constantes interrupciones que puede provocar mientras se realiza una comunicación personal, una escucha activa, harán que a nuestro interlocutor le invada la sensación de no ser atendido.

Los *chalecos identificativos* donde figuran la organización y el cargo pueden ser de utilidad en los momentos de rescate o salvamento, cuando existe una gran confusión, pero en momentos de mayor serenidad, que requieren que nuestra presencia sea menos visible, es aconsejable que disminuyamos en la medida de lo posible signos externos tan llamativos que centran la atención en la persona o grupo atendido y que en ese momento lo que desea es intimidad.

### 3.3.9.7. Sintiéndonos inútiles

Es fácil encontrar, incluso entre profesionales, que al damnificado se le trata como una persona indefensa y pasiva a la que hay no sólo que ayudar, sino, también, realizar toda acción y tomar toda decisión por él. Ante esta idea de partida suelo mostrar en mis cursos una fotografía del terremoto de Estambul (Turquía) que muestra una fachada de un edificio medio derruido por el que los vecinos (afectados) ayudan a salir,

con medios muy precarios, a otros vecinos heridos o impedidos por su edad. En esta fotografía se muestra tal grado de coordinación y eficacia que nadie puede seguir afirmando que los damnificados son sujetos imposibilitados para realizar acciones por sí mismos. Me atrevería a afirmar, sin embargo, que son estas acciones, este papel activo, lo que facilitará la vuelta a la normalidad de la persona. Éste es sólo un ejemplo, pues en todos los atentados, terremotos, tsunamis, incendios, etc., aparecen personas que prestan su ayuda a otras y que gracias a la misma se salvan vidas.

No quiero decir con ello que la labor del profesional sea superflua o innecesaria, sino que debemos regirnos por el principio de la menor intervención y el fomento del papel activo del damnificado. Está claro que la actuación del profesional en el rescate o la intervención de los equipos médicos es indispensable, que los primeros auxilios psicológicos o la terapia posterior son de suma ayuda, pero ello no debe ser incompatible con el principio de participación del afectado o lo que se ha dado en llamar cultura de la autoprotección.

A nivel de apoyo psicológico existen una serie de técnicas que no pueden ser realizadas por nadie que no sea un profesional perfectamente cualificado, pero existen conductas que un afectado puede desplegar con el fin de ayudarse y ayudar a otro afectado. El acompañamiento y la escucha activa es un ejemplo de lo que digo. Los afectados necesitan contar con una mano que tome la suya, un hombro en el que llorar, una persona que escuche su «historia», sus preocupaciones, que le tranquilice explicándole que lo que siente es normal, que lo aparte a un lugar con suficiente privacidad para que pueda expresar sus emociones o que se ponga en contacto con un profesional para solicitar su ayuda.

## NOTICIA

### ***The Key To Disaster Survival? Friends And Neighbors***

<http://www.npr.org/2011/07/04/137526401/the-key-to-disaster-survival-friends-and-neighbors>

By SHANKAR VEDANTAM

When Hurricane Katrina struck in 2005, one victim was political scientist Daniel Aldrich. He had just moved to New Orleans. Late one August night, there was a knock on the door.

«It was a neighbor who knew that we had no idea of the realities of the Gulf Coast life», said Aldrich, who is now a political scientist at Purdue University in Indiana. He «knocked on our door very late at night, around midnight on Saturday night, and said, “Look, you’ve got small kids —you should really leave”».

The knock on the door was to prove prophetic. It changed the course of Aldrich’s research and, in turn, is changing the way many experts now think about disaster preparedness.

Officials in New Orleans that Saturday night had not yet ordered an evacuation, but Aldrich trusted the neighbor who knocked on his door. He bundled his family into a car and drove to Houston.

«Without that information we never would’ve left», Aldrich said. «I think we would’ve been trapped».

In fact, by the time people were told to leave, it was too late and thousands of people got stuck.

Social Connections And Survival: Neighbors Matter.

Because of his own experience in Katrina, Aldrich started thinking about how neighbors help one another during disasters. He decided to visit disaster sites around the world, looking for data.

Aldrich’s findings show that ambulances and firetrucks and government aid are not the principal ways most people survive during —and recover after— a disaster. His data suggest that while official help is useful —in clearing the water and getting the power back on in a place such as New Orleans after Katrina, for example— government interventions cannot bring neighborhoods back, and most emergency responders take far too long to get to the scene of a disaster to save many lives. Rather, it is the personal ties among members of a community that determine survival during a disaster, and recovery in its aftermath.

When Aldrich visited villages in India hit by the giant 2004 tsunami, he found that villagers who fared best after the disaster weren’t those with the most money, or the most power. They were people who knew lots of other people —the most socially connected individuals. In other words, if you want to predict who will do well after a disaster, you look for faces that keep showing up at all the weddings and funerals.

«Those individuals who had been more involved in local festivals, funerals and weddings, those were individuals who were tied into the community, they knew who to go to, they knew how to find someone who could help them get aid», Aldrich says.

## 4. APOYO PSICOLÓGICO A LOS TÉCNICOS

### 4.1. INTRODUCCIÓN

Antes de empezar a exponer cómo puede llegar a afectar la intervención a los distintos profesionales que desarrollan su trabajo en las labores relacionadas con la ayuda a los afectados por una catástrofe, debemos señalar que, en este contexto, con la palabra «profesional» se hace referencia a cualquier persona que ejerce una labor de ayuda a los damnificados que pasan por una catástrofe, reciban o no una retribución económica por dicha tarea. Quiero decir que, bajo el epígrafe de profesional, tienen cabida bomberos profesionales y voluntarios, personal sanitario de un hospital y voluntarios de una ONG, policías, trabajadores sociales, psicólogos, etc. El motivo es que, para lo que nos interesa, las reacciones que van a presentar dependen de su labor y no de si ésta se realiza o no bajo la contraprestación de una nómina.

Dicho esto, aunque a veces no caigamos en la cuenta, los profesionales también son humanos, también padecen, también sufren y, a veces, también necesitan ayuda. Son los grandes olvidados. En una entrevista realizada a Enrique Parada (<http://www.telefonodelaesperanza.org/noticias/view/4146>), éste afirmaba que los profesionales de emergencias tienen un riesgo de sufrir un daño psicológico asociado a su labor, lo que hace especialmente importante que en situaciones de mucho impacto reciban una asistencia inmediata, a veces con fines preventivos. La proporción es de seis veces más probabilidades de resultar afectados.

«[El personal ferroviario]... no querían irse a casa, te sentías mejor arropado por los que habían visto lo que había pasado». Afirmación realizada por Julio Escalona (oficial segunda de RENFE que estuvo ayudando a los heridos del tren de la calle Téllez en el 11-M) para la entrevista de *El País Semanal*, número 1.437, de 11 de abril de 2004, p. 92.

A menudo, se les asignan labores sin tener en cuenta su edad, su formación, sus habilidades, su experiencia, sus circunstancias personales, y esto puede provocar la aparición de síntomas de un estrés cada vez más agudo. En otras ocasiones, es el mismo profesional el que no es capaz de reconocer que la situación está por encima de sus recursos. Se impone más carga de trabajo a sí mismo, se recrimina si se nota desfallecer («no puedo fallarles, yo soy el profesional»), se avergüenza de sus sentimientos, de sus dudas, de sus miedos e, incluso, niega encontrarse cansado física o psicológicamente.

La intervención en una catástrofe no se ajusta a un horario fijo (aunque debería hacerlo), ni previsible. En los turnos que se establecen, las demandas que se le exigen al profesional son diversas y urgentes y los recursos que se deben poner en marcha (si los tiene) son numerosos. En esta situación, pueden aparecer (y aparecen) ciertas respuestas poco operativas, pero a todas luces *normales*, si atendemos a la dimensión y las características de la situación que se debe afrontar. Fisiológicamente, el técnico que desarrolla su función bajo presión, sin posibilidad de demora, con acontecimientos que aparecen de forma impredecible, puede sufrir fatiga, náuseas, escalofríos. Seguramente, a nivel cognitivo estará muy alerta y vigilante, tendrá pensamientos negativos que no sabrá cómo parar. Su respuesta afectiva podrá llegar a ser de miedo, ansiedad, irritación e, incluso, «shock» emocional. Finalmente, a nivel motor es muy característico la incapacidad de descansar, el habla acelerada y el uso de gritos en la conversación.

—Mi hijo no quería quedarse en casa —me contaba el padre de un voluntario de Cruz Roja que había acudido a la zona de impacto del avión de Paukner en el accidente del 25 de septiembre de 1998—. No quiso contarnos nada, se cambió de ropa y se despidió de nosotros. Sólo quería estar con sus compañeros... Le dije que si necesitaba hablar, pero me contestó que no podía explicármelo...

—... Comenzamos siendo un grupo abierto y cooperativo, pero después de dos días de trabajo, empezaron las suspicacias y ataques de ira —éste era el comentario de una trabajadora social después de la catástrofe de la rotura de los depósitos de agua del 17 de noviembre de 1997.

—... Me siento agotado, no física, sino mentalmente —me confesaba un compañero (yo me sentía igual)—. Temo tener que enfrentarme a otro familiar.

—No lo entiendo, llevo un montón de tiempo en esto —manifestaba su confusión un bombero experimentado—, he visto de todo, y sin embargo, lo que aún sigo sin aceptar bien es que una persona a la que rescato con vida muera después en el hospital.

—El olor —declaraba un miembro de la unidad especial del ejercito que había estado en Turquía, Somalia, Bosnia, etc.—, el olor que impregna la zona es lo que más recuerdo.

### **¿Por qué es importante reconocer el propio estrés y actuar sobre él?**

Algunos de los técnicos que estén leyendo este manual pensarán que este capítulo no va con ellos, o que el técnico/voluntario debe preocuparse solamente del bienestar del afectado al que está ayudando. Quizá conocer y/o identificarse con las consecuencias que un profesional estresado puede padecer le haga cambiar de opinión:

— En el ámbito laboral:

- Deterioro de la calidad de su trabajo.
- Aumento del absentismo laboral.
- Menor implicación.
- Aumento de los conflictos con los compañeros, superiores o subordinados.

— En el ámbito familiar:

- Conflictos con la pareja u otros familiares.
- Volcar emociones negativas y relatos para los que el familiar no está preparado.
- Aislarse, cerrarse para no implicar al familiar.

Afortunadamente, los profesionales se tienen los unos a los otros, y por eso debemos ser conscientes de que nuestra labor no es sólo con los damnificados, sino también con nuestros propios compañeros y con los técnicos que se tengan bajo nuestra responsabilidad. Así, si observamos alguna de las anteriores manifestaciones de estrés en alguno de nuestros compañeros, debemos apartarlo del lugar de trabajo que le causa esa reacción y llevarlo a algún lugar sin estímulos agresivos (puede ser la parte de atrás del vehículo, otra habitación, la calle, etcétera). Le preguntaremos por su estado, intentando que nos cuente

lo que está viviendo. Es importante que sepa que lo escuchamos y que nos interesa lo que nos dice, tanto verbal como corporalmente. Su postura, su mirada, su gesto, su tono nos indicará si bajo ese «no te preocupes, no pasa nada», realmente se esconde un «no puedo más». Debemos hacerle comprender que su reacción es algo normal y proporcionarle apoyo, permaneciendo a su lado y elogiando el esfuerzo que está haciendo. Finalmente, debemos exigirle que descansa, lo que puede ir «disfrazado» de un cambio de tarea a otra en la que la actividad sea menos estresante.

**¿Qué pueden hacer los responsables del servicio para prevenir el estrés y otros efectos negativos de los miembros de su equipo?**

- Asignar a cada miembro una actividad atendiendo a sus capacidades.
- Formar e informar sobre las consecuencias a nivel personal que pueden padecer durante y tras la actuación.
- Organizar los grupos de trabajo favoreciendo las relaciones positivas entre sus miembros.

«Como en muchas situaciones derivadas de las emergencias, las relacionadas con la aparición del estrés en los técnicos requieren de improvisación y creatividad «echando mano» de aquellos elementos de los que se dispone. Un ejemplo de ello es la anécdota de Antonio, bombero de Melilla, en la actuación como jefe de equipo en un accidente de coche en el que varios jóvenes habían quedado «aprisionados» dentro del vehículo y a los que había que descarcerar. Durante esta maniobra percibió que un miembro de su equipo comenzaba a mostrar síntomas de estrés. Entonces se acercó a él y le pidió que le trajera el hacha (herramienta que no servía en ese momento). El bombero se quedó sin saber que hacer, pues no encontraba sentido a la orden, pero obedeció ante la insistencia de Antonio cuya idea era alejar a su compañero de la visión de los estímulos que estaban causando el estrés. Cuando el bombero regresó con el hacha, Antonio le pidió que la devolviese de nuevo al camión aludiendo a que ya no hacía falta. De esta manera, Antonio consiguió que su compañero se alejase de los estímulos estresantes sin herir la autoestima del mismo.»

## **4.2. ACABADO EL TURNO..., AL FINALIZAR LA INTERVENCIÓN**

Pero la ayuda que podemos y debemos ofrecer a los profesionales no termina con nuestro apoyo y observación durante la intervención, sino que debe prolongarse una vez acabado el turno.

Se trata de unas actuaciones que deberían estar implícitas en la organización del trabajo como parte imprescindible de las funciones de la organización a la que pertenece el técnico, consistente en un apoyo grupal y un seguimiento a corto, medio y largo plazo de las consecuencias que la intervención haya podido causar en el profesional.

No obstante, el apoyo grupal o reuniones de desahogo emocional tienen sus seguidores y sus detractores. Sin entrar en esta polémica, hay que decir que muchas organizaciones utilizan esta técnica, en alguna de sus versiones, para «sanear» las emociones de los que ayudan en una catástrofe y descubrir a aquellos que van a necesitar de una ayuda más profesional e intensiva.

Durante estas reuniones, que tienen una serie de reglas y que son dirigidas por un experto, los participantes narran de forma diferenciada los acontecimientos objetivos y las reacciones cognitivas y emocionales que conllevaron aquéllos.

Una vez acabado el turno o finalizado el salvamento o rescate, debemos propiciar un encuentro distendido del grupo de trabajo en el que se aliente a los participantes a:

- Narrar los hechos vividos.
- Hablar sobre los sentimientos experimentados.
- Informarles sobre los síntomas que pueden estar experimentando o que pueden llegar a sufrir en los próximos días.
- Darles indicaciones de cómo actuar sobre estos síntomas.

Un principio que habrá que tener presente en esta reunión es el de evitar que los asistentes se intercambien críticas.

Varios días después de la actuación debe realizarse una reunión específica donde se recapitula sobre los hechos. Ésta permitirá sacar a la luz tensiones, ansiedad o cualquier otra «molestia» que pueda dar lugar a síntomas más duraderos.

El simple hecho del efecto de «alivio» de la práctica (Marcks, 1981) hace muy aconsejable este tipo de reunión, que en ningún momento debe confundirse con psicoterapia.

Esta reunión debe estar dirigida por un coordinador con dominio de estrategias de comunicación y debe estructurarse según las fases de la tabla 4.1 (Parada, 1996; Duch, Fortuño y Lacambra, 1997).

La dirección de estos encuentros debe tener presente una serie de reglas necesarias para alcanzar los objetivos que se persiguen:

- Asegurar la confidencialidad de todo lo que se diga.
- No se deben hacer descansos.
- Cada cual habla solamente por él mismo.
- No debe haber prisas.
- Hay que olvidarse de rangos.
- No se tratan (critican) temas técnicos ni jurídicos.

**TABLA 4.1**  
**Fases del *debriefing***

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>I. Explicación de objetivos.</li><li>II. Hechos: cada miembro se identifica y explica qué ocurrió.</li><li>III. Pensamientos: cada miembro describe lo que vio y oyó y los pensamientos que tuvo.</li><li>IV. Reacción: se comentan las reacciones. Se pide a cada miembro que se centre en lo peor que ha experimentado.</li><li>V. Síntomas: cada miembro comenta las respuestas de estrés que sufrieron inmediatamente después del incidente y las actuales.</li><li>VI. Enseñanza: se insiste sobre la normalidad de estas reacciones y se enseña o recuerda los mecanismos de afrontamiento.</li><li>VII. Reentrada: se aclaran las dudas, se da oportunidad de decir cualquier cosa que no se haya atrevido a decir antes, se ofrece la posibilidad de apoyo adicional.</li></ol> |
|---|

Estas reglas deben de explicarse al comenzar la reunión y tenerse visibles durante la misma (en un cartel o en un díptico individual entregado al comienzo), ello evitará que el coordinador de la reunión deba estar recordándola de forma repetitiva.

Semejante a la estructura presentada, es la que propone Cohen (1999), basándose en el *Post-Shooting Debriefing* del FBI, y de la que destaca, además de los pasos enumerados anteriormente, la petición antes de acabar la reunión de acordar un contrato de recuperación. En él cada participante elabora un plan para recuperarse anotando aquellos cambios que le servirán para controlar el estrés que siente. Tam-

bién se propone mantener una reunión de seguimiento 3 o 4 semanas después.

### **Contrato de recuperación**

Actividades que ayudarán a mi recuperación:

Para cuidarme voy a ...

Hoy:

Esta semana:

Este mes:

### **4.3. AMORTIGUANDO EL AGOTAMIENTO**

«Qué podemos hacer si nos sentimos afectados», me preguntaba un voluntario tras una charla sobre el tema. La contestación es compleja, ya que supone actuaciones antes, durante y después del suceso traumático. En los apartados anteriores ya hemos hablado de las medidas que pueden tomarse durante y después de la intervención. Pero, antes de cualquier actuación, también se deben seguir una serie de indicaciones, de «estilo de vida» que nos fortalecerán ante el estrés que podamos padecer.

La primera de las medidas es una capacitación constante. El profesional que se siente preparado, que sabe que dominará la situación técnicamente porque tiene los conocimientos necesarios es mucho más resistente al estrés.

También es necesario que se cuente con un amplio repertorio de estrategias de adaptación, es decir, debe conocerse previamente qué actuaciones mitigan nuestro cansancio emocional. Junto a ello, es importante que conozcamos nuestras limitaciones, qué es lo que más nos afecta, cuáles son los límites de mi función y de qué soy responsable y de qué no.

Una cuarta medida es conocer y modificar aquellos mecanismos que uso normalmente y que son negativos, poco operativos, perniciosos para controlar y mitigar el estrés. Me refiero a hábitos negativos como el consumo excesivo de alcohol u otras sustancias que «apagan nuestras reacciones, nuestro sufrimiento, nuestros recuerdos», el reaccionar ais-

lándose de los demás o intentando alejarse del trabajo, la reducción del esparcimiento, las expectativas poco realistas sobre la recuperación, la búsqueda de soluciones fáciles o la excesiva exigencia a uno mismo o a los demás.

Frente a estos hábitos, debemos desplegar otros mucho más positivos, como el descanso, el régimen alimentario, el ejercicio físico, el esparcimiento, el pasar tiempo con la familia y los amigos, saber anticipar que nuestra intervención puede causarnos molestias y aprender qué es el estrés profesional y cómo combatirlo.

A continuación se diferencian aquellas medidas que se deben hacer de las que no deben hacerse (Cohen, 1999).

— *Realizar:*

- Descansar.
- Buena alimentación y ejercicio físico.
- Actividades de recreo, de entretenimiento.
- Buscar apoyo en los compañeros y en la familia.
- Informarse sobre el estrés postraumático.
- Prever qué tipo de incidente o estímulo es el que nos afecta.
- Buscar ayuda profesional, sin sentirse incómodo por ello.

— *Evitar:*

- Beber alcohol o consumir drogas para apagar los sentimientos experimentados.
- Aislarse de los amigos o familiares.
- Alejarse del trabajo.
- Reducir el tiempo dedicado al entretenimiento.
- Tener perspectivas poco realistas sobre la solución del problema.
- Realizar cambios trascendentales en esos momentos.
- Ser excesivamente exigente con uno mismo o con los demás.

#### **4.4. TURNOS Y DESCANSOS**

La falta de organización de personal puede llevar a sobrecargar a una persona de trabajo en estas situaciones de urgencia en las que las reacciones emocionales del técnico, como hemos visto, dificultan la capacidad de descansar y crean una necesidad de estar «al pie del cañón».

Por ello es preciso que aquellos que organizan los equipos de trabajo tengan muy en cuenta la necesidad de establecer turnos e, incluso, obligar a respetar el descanso.

Un psicólogo, o cualquier otro profesional, que se enfrenta a una situación en la que tiene que rendir plenamente estando cansado (cuando no agotado), se puede convertir en un impedimento más que en una fuente de ayuda o apoyo.

Intentar realizar un apoyo psicológico en que el psicólogo debe cambiar o encauzar las ideas y emociones de los afectados mientras uno mismo se siente agotado psicológicamente es difícil cuando no imposible, y en muchos casos puede dar lugar a que la situación se nos escape de nuestro control. Además, esta sobrecarga terminará produciendo en el profesional alguna secuela negativa: problemas para tomar decisiones, irritabilidad, etc.

En la intervención en catástrofe la división del trabajo se realiza, bien por turnos, bien por zonas o tareas. Nos es imposible decidir cuál es la forma más idónea, pues ello dependerá de las características del acontecimiento y del grupo de trabajo.

Un ejemplo de este aspecto lo encontramos en la descripción de Giménez-Torralla (1996) sobre la catástrofe de Biescas, y en la que se establecieron turnos de 8 horas con equipos de 10 a 12 psicólogos, repartiéndose éstos por los diferentes puntos de actuación (tanatorio, centros de acogida, equipos móviles...).

Es conveniente que sepas que es normal que al volver a la «normalidad», después de haber actuado en una emergencia, puedes manifestar alguna de estas reacciones:

- Necesidad de seguir trabajando, negarse a descansar.
- Sentirse incomprendido por los seres queridos o los conocidos.
- Autocrítica sobre la actuación.
- Necesidad de contar de forma repetida los hechos por los que se ha pasado.
- Sentirse aburrido, deseo de volver a intervenir.
- Sentir que no se tiene tanto en común con aquellos que no han pasado por tu experiencia.
- Cambio de la escala de valores.

#### 4.5. SER COMPRENSIVO, SÍ..., IDENTIFICARNOS CON EL DAMNIFICADO, NO

—Quería hablar contigo —me solicitaba un bombero en tono bajo—. Es sobre eso que has dicho de identificarse...

A continuación me contó su experiencia:

«En cierta ocasión nos llamaron para acudir a una casa desde la que su propietario había avisado que su hijo, de unos 8 años, que jugaba en el patio, podía haberse caído en un aljibe que existía en un rincón de la estancia, pues la bicicleta que había estado conduciendo estaba junto a la boca del aljibe. Con la celeridad que fue posible se personaron en la citada vivienda y, con mayor celeridad aún, este bombero se puso una gafas de buceo y se introdujo en las oscuras aguas del aljibe. En breve, se confirmaron las peores posibilidades y el bombero sacó a tuestas el cuerpo del pequeño. Cuando ya estaban intentado reanimar el cuerpo sin vida del niño, el bombero lo miró fijamente y, en ese momento, pensó que el chico tendría una edad similar a la de su hijo, con el que, además, encontró cierto parecido. Ese pensamiento lo llevó al de la impotencia y el horror que debía sentir el padre, y de aquí fue automático una última idea: ése podría ser mi hijo, ese padre podría ser yo. Cómo me sentiría si fuese así».

Este profesional, con más de 15 años de experiencia, con intervenciones duras y peligrosas a lo largo de sus años de trabajo, no entendía cómo aquella actuación le había afectado tanto, y me reconocía que «le daba vergüenza» admitir que durante meses, cada vez que tenían un aviso, rezaba para que no estuviese implicado un menor.

Esta historia ejemplifica un hecho que, tarde o temprano, suele ocurrirles a los profesionales, la identificación excesiva con la víctima. Desde la psicología se insiste en las virtudes de la empatía, es decir, en la capacidad de «ponerse en el pellejo del otro», de preguntarse cómo nos sentiríamos si nos ocurriese lo que al otro, por qué el otro reacciona como lo hace. Sin embargo, de esta habilidad positiva a la identificación excesiva hay un gran paso que provoca una reacción emocional negativa, estresante y resistente. Como profesionales debemos realizar un esfuerzo por comprender y estar cercanos a la persona a la que ayudamos, pero también debemos estar, a la vez, muy atentos a no identificarnos con ellos, pues eso, irremediablemente, nos llevará a lo que se ha dado

en llamar agotamiento por compasión, y nos provocará miedos, dudas, ideas recurrentes y otro grupo de síntomas que interfieren en nuestra vida social y profesional. En una entrevista que le hicieron para el semanario *El País*, en abril de 2004, Adoración Moreno, responsable de Cruz Roja de atención psicológica inmediata ante emergencias, afirmaba que «la parte más dura es desligarte del drama para poder ser efectivo».

#### **4.6. HUMOR NEGRO..., FALTA DE RESPETO O MECANISMO PARA LA ADAPTACIÓN**

En alguna de mis charlas, me he encontrado con asistentes que censuraban el hecho de que, en ocasiones, los técnicos «gastasen bromas sobre el incidente» o «contasen chistes». Ante estas críticas, siempre he defendido al profesional del que presupongo el suficiente tacto y la suficiente sensibilidad como para no querer en ningún momento herir sensibilidades.

Mantener esta defensa me ha llevado a querer comprender cómo en una situación que para nosotros puede ser angustiosa y traumática un profesional llega a reaccionar gastando una broma. La respuesta que bomberos, enfermeros, médicos, psicólogos y otros profesionales me han dado siempre es que sin bromear en algún momento, que no significa no tomarse en serio el asunto que llevamos entre manos, no podrían continuar con su trabajo. Rudolph W. Giuliani, alcalde de Nueva York durante y después de los acontecimientos del 11-S, dijo en cierta ocasión «es bueno reírse, sin que ello signifique una falta de respeto a las víctimas». Se refería a la necesidad de seguir adelante, de volver a «aprender a llorar y reír el mismo día; aprender a ir a funerales y llorar en ellos, y el mismo día reírnos y abrazar la vida por los hijos que van a nacer; por todos aquellos que hacen cosas maravillosas, por el futuro de la sociedad»<sup>1</sup>.

La aparición de un humor negro es un fenómeno que suele darse entre aquellos técnicos cuyas actividades conllevan un grado considerable de riesgo, siendo considerado por algunos investigadores como una saludable forma de racionalizar las tensiones psicológicas y, por tanto, una válvula de escape, siendo, la mayoría de las veces, una excelente manera de transmitir tranquilidad y confianza a la persona auxiliada.

---

<sup>1</sup> *Semanal*, de 11 de abril de 2004, p. 16.



## 5. LA INTERVENCIÓN EN CATÁSTROFES MULTICULTURALES: DEL EQUIPO INTERNACIONAL A LAS VÍCTIMAS DE DISTINTA CULTURA<sup>1</sup>

### NOTICIA

#### **Terremoto Lorca**

***Lorca: vecinos inmigrantes y autóctonos en riesgo permanente***

<http://www.lasemana.es/periodico/noticia.php?cod=28114>

Por ROCÍO LINARES

11-05-2011

No es la primera vez que un seísmo hace temblar a Lorca. En 1674 y 1818 la ciudad ya fue destruida por dos terremotos. Murcia está localizada en la zona más sísmica de España y en especial Lorca, por su tipo de suelo, hace que aumente el riesgo. No se puede predecir cuándo ocurrirá este fenómeno pero sí estudiar la propensión por áreas. En este caso es muy importante conocer la peligrosidad de la zona. La población afectada por el último terremoto es un ejemplo de convivencia multicultural. [...]

#### **Decenas de nacionalidades**

Españoles, marroquíes, ecuatorianos, paraguayos, bolivianos, lituanos, subsaharianos... Cerca del 20% de la población lorquiana son inmigrantes según el concejal de Servicios Sociales, Francisco Ruiz Alviar. Llegan a sumar hasta 80 nacionalidades diferentes. Las colonias que representan la mayoría de la población extranjera son de origen ecuatoriano y nor-afriicano. [...]

Los respectivos gobiernos de cada una de las procedencias han colaborado con suministro de alimentos y agilización del rescate centrandose sus esfuerzos en los 20.000 inmigrantes que aproximadamente se encuentran en la ciudad murciana. Muchos de ellos pasan su segunda noche a la intemperie como el resto de sus vecinos autóctonos.

---

<sup>1</sup> Basado en la ponencia expuesta en la Jornada Técnica «Psicología i Emergències» del Gobierno de las Islas Baleares, de 20 de abril de 2007.

El título que encabeza esta reflexión impone de primeras una cuestión: que se aclare a qué hace referencia. Ello supone una doble interpretación, ya que puede hacer referencia, por un lado, a «con quién» se trabaja y, por otro, a «para quién» se trabaja. Efectivamente, se trata de conocer las variables que podrán afectar al trabajo CON equipos multinacionales de técnicos de distinta procedencia. Y, por otra parte, las cuestiones referentes a trabajar PARA afectados de distintas culturas.

## **5.1. LA CUESTIÓN DE LOS EQUIPOS MULTINACIONALES**

La globalización ha llegado también a la ayuda internacional que se proporciona tras una catástrofe. Así, hoy en día son muchos los técnicos, voluntarios o profesionales, que participan en misiones en otros países junto a otros intervinientes procedentes de distintos países con distintos conocimientos, estructuras y formas de actuar. Eso es el mejor de los casos, puesto que, en no pocas ocasiones, nos encontramos en acciones en terceros países a los que las potencias occidentales y los organismos internacionales mandan efectivos sin que exista una auténtica coordinación, dando lugar a situaciones como las ocurrida en el terremoto que sufrió la provincia de Alhucemas, en Marruecos, en febrero de 2004, tras el que acudieron efectivos de bomberos de distintos países. Ayuda que rechazó, al menos en parte, el Gobierno marroquí, dado que no la había solicitado. La eficacia sufre una auténtica merma perdiéndose tiempo y efectivos en conseguir una mínima coordinación y reparto del trabajo. Solucionar este problema supondría crear un organismo internacional coordinador que contase con un protocolo de actuación ante situaciones de catástrofes... situación de la que estamos muy lejos dado que ni siquiera existe a nivel nacional. Ante este déficit, un mal menor será el conocimiento de las estructuras y funcionamiento de otros organismos, es decir, «su cultura» de actuación. A ello, cómo no, habrá que unir el conocimiento de idiomas de uso común (el inglés). A nivel de organización, en estas intervenciones internacionales fuera de nuestro país, la organización deberá poseer un protocolo de «puesta en marcha» que incluya la organización del viaje, los permisos gubernamentales, las vacunas, la adaptación al horario, clima...



*Alhucemas tras el terremoto (28 de febrero de 2004). Los afectados montan sus casetas junto a sus casa. Tienen miedo a las réplicas y a los saqueos.*

## **5.2. LA SEGUNDA CUESTIÓN TRATA SOBRE EL TRABAJO PARA UNA POBLACIÓN AFECTADA**

Cuando se produce una catástrofe no es infrecuente encontrar una heterogeneidad cultural, idiomática y religiosa entre los afectados. Póngase por ejemplo la población afectada por el 11-M o la de cualquier accidente de aviación. Esta multiculturalidad y diversidad entre los afectados no sólo se produce cuando acudimos a desastres ocurridos en otros países. También en los ocurridos dentro de nuestro país nos encontraremos con turistas e inmigrantes que, por su carácter de «población de riesgo», se encontrarán entre los afectados. Los turistas, por sus continuos desplazamientos, y los inmigrantes, por vivir en zonas o edificios con múltiples variables de riesgo. ¿Qué supone esta diversidad? Para ser didácticos o, simplemente, para plantear los retos y soluciones que ello supone diferenciemos entre dos etapas: la previa a la emergencia y durante la emergencia.

Respecto al tema que estamos tratando, las cuestiones que debemos plantearnos antes de la ocurrencia de una catástrofe, a nivel de gestión, afectan a varios niveles:

- La planificación del grupo de intervención: ¿quiénes deben integrar ese grupo teniendo presente que deberá atender a una población pluricultural?
- La formación del equipo: ¿qué conocimientos, respecto a esa multiculturalidad, debe poseer el técnico?: idioma, religión, valores...
- La elaboración de protocolos y manuales que recojan los aspectos más importantes a tener presentes sobre las costumbres y conductas propias de cada cultura o religión que van a dirigir nuestra actuación.

En el primer aspecto debemos centrarnos en la inclusión de la figura del traductor, ya que, como apuntó en un acertado artículo Ferran Lorente (2002), se precisa un profundo conocimiento del idioma, de sus matices, sus giros... para poder actuar sin necesidad de la ayuda de un traductor que no se limitará a traducir literalmente, sino a elegir la mejor forma de expresión o aconsejar sobre la forma cultural más correcta. Este conocimiento no sólo se precisa cuando el idioma del técnico y del afectado son distintos, sino cuando se trata del mismo idioma pero con matices propios de regiones o países distintos. Pongamos por ejemplo el distinto significado que palabras como «coger» tiene en distintos países hispanos y cuyo uso descuidado puede suponer una dificultad en la comunicación emocional. Dados estos argumentos debemos optar siempre que podamos por contar con traductores como apoyo en nuestro trabajo. La elección de estos profesionales no sólo obedecerá a su conocimiento de los idiomas, sino a su capacidad para realizar su trabajo en un contexto eminentemente estresante. Es importante que, previamente a la intervención, el traductor sepa qué esperamos de él y con qué posibles estímulos aversivos puede encontrarse. Aunque los intérpretes sean una solución al problema, quizá la mejor solución sería que los países que mandan efectivos a las zonas afectadas cambiasen esta forma de intervenir por otra más preventiva y de carácter educativo, formando, antes de que ocurran las catástrofes, a profesionales en los países que presentan mayor riesgo. Contar con estos profesionales locales elimina el problema del lenguaje y la cultura, a la vez que es más simple logísticamente y, por supuesto, económicamente.

El aspecto del conocimiento de la cultura es un tema demasiado amplio como para tratarlo con la profundidad que este manual puede (para los interesados en el tema, puede consultarse Moga y Ramos, 2006). De forma muy simplificada podrían exponerse una serie de as-

pectos que el técnico debe poseer antes de actuar, ya que dirigirán su trabajo. Sin ser exhaustivo:

- Cómo expresa el dolor (anglosajones o eslavos, mediterráneos, musulmanes...). Esto determinará la conveniencia de la ventilación emocional.
- La creencia sobre las causas de la catástrofe. Las distintas culturas suelen achacar causas distintas (castigo divino, ineficacia o corrupción política). César San Juan (2002) ejemplifica con algunos casos estos matices.
- Las diferencias personales dentro de una misma cultura (origen urbano o rural, nivel educativo...).
- Cómo procesan el duelo.
- Qué manifestaciones externas son las esperadas y las «permitidas» a cada miembro (niño, mujer, hombre...). La aceptación de la ayuda.
- Las ceremonias: aceptación del contacto físico.
- El luto.
- QUÉ ESTÁ MAL VISTO HACER O DECIR.
- El papel de la religión.
- El papel del apoyo social (familiar): trabajar a través de la familia.

Otros aspectos que incumben a la organización y que deben incluirse en el protocolo de actuación en caso de emergencias interculturales:

- La notificación a los familiares.
- La recepción de los mismos.
- La información de éstos.
- La soledad del turista o inmigrante.
- El papel (ayuda) de la embajada o consulado.

Para terminar este capítulo quisiera hacer unas reflexiones sobre nuestro pasado y nuestro futuro. Como ya se ha mencionado anteriormente, la intervención del psicólogo en catástrofes es relativamente reciente, siendo en nuestro país la riada de Biescas una fecha clave. Para el colectivo de esta profesión, que se contemplara nuestra ayuda en estos casos ha sido de enorme importancia. Al igual que en otros campos, se comenzó sin contar con un cuerpo teórico específico que guiase nuestro quehacer. Hoy en día, y sobre todo a nivel de colegios oficiales, se está haciendo un enorme esfuerzo para formar a los psicó-

logos de los grupos de emergencia, existiendo el proyecto de crear la acreditación de la especialidad de psicología en emergencia y catástrofes, para la que se precisará una formación y unas prácticas específicas en este campo. Con el tiempo ya no basta con activar psicólogos para intervenir en una catástrofe, y desde la sociedad se nos demandará, se nos exigirá que estemos cualificados para tal intervención. No nos podemos permitir el lujo de no estar a la altura de la tarea, pues en ello irá el prestigio de nuestra profesión y, lo que es más importante, la confianza de la sociedad.

## **6. LAS REACCIONES PSICOLÓGICAS TRÁS LAS CATÁSTROFES. POSIBLES SÍNTOMAS, SÍNDROMES Y TRASTORNOS**

### **6.1. FRACTURA EN NUESTRA LÍNEA VITAL**

“Yo no debería estar aquí”, era lo que se repetía Carlos A. mientras permanecía aprisionado entre su asiento y el asiento delantero del avión en el que iba y que había sufrido el accidente a escasos metros de la pista en la que pretendía aterrizar. “Estuve dudando en realizar este viaje hasta el final, perdí mi vuelo por quedarme dormido... y eso que suelo despertarme sin problema a horas más tempranas. Conseguí que me admitieran en lista de espera para éste y me asignaron este asiento, no el de cola o el de la fila que hay justo detrás y que no ha cedido hacia adelante...”. Este pensamiento repetitivo y molesto sólo se veía interrumpido por el dolor que sentía en la pierna que se le había fracturado y por la dificultad que tenía para respirar debido a que también se había fracturado el tabique nasal y le había estado sangrando desde que recobró la conciencia. Sentía voces provenientes de la cola del avión que iban acercándose, pero el tiempo para el rescate se le hacía eterno. A veces, se atrevía a mirar de soslayo el asiento de al lado en el que permanecía inmóvil la figura de un pasajero al que había conocido al inicio del vuelo y con el que había cruzado un par de frases irrelevantes. “¡Qué suerte he tenido en tener el asiento junto a la ventanilla!... si hubiese recogido la tarjeta de embarque unos minutos más tardes, me hubiesen dado el de pasillo... ¿por qué yo?” Cuando contestaba a esta pregunta acudiendo al azar como respuesta, un miedo se apoderaba de él, todo un mundo que se había ido construyendo con esfuerzo y dedicación se desmoronaba..., a partir de ahora el mundo le parecería más peligroso, más inseguro y, sobre todo, ya sabía que no podía controlarlo. Y esta idea le pesaba como una losa. Cuánto tardaban en rescatarlo..., los sentimientos se agolpaban y lloraba de impaciencia e impotencia. Sentía que le faltaba el aire y que nunca saldría de allí.

Un mes después del accidente el paciente comenzó la terapia. Hasta entonces había eludido salir de su casa poniendo la excusa de la pierna fracturada, pero realmente el motivo era que sentía un miedo intenso a montarse en el coche y temía no poder controlar la situación. Durante este mes no dejó de hacerse las mismas preguntas: ¿por qué me tuvo que pasar a mí?, ¿por qué yo he sobrevivido y el pasajero del asiento contiguo falleció?, ¿saldré alguna vez de esto? Las imágenes no dejaban de “saltar” en su mente, sin que pudiera evitarlas.»

De los datos obtenidos en las primeras sesiones se dedujo que el paciente sufría un trastorno por estrés agudo (código F43.0 del DSM IV) que estaba a punto de convertirse, dada su duración, en un trastorno por estrés postraumático (código 43.1). Los criterios diagnósticos que aparecían en el paciente eran:

- a) El paciente ha estado expuesto a un acontecimiento altamente traumático (*accidente aéreo*), caracterizado por la amenaza para su integridad física (*fractura de pierna y de tabique nasal*) y la de los demás (*fallecimiento de otros pasajeros*).
  - a.1) El paciente ha respondido con un horror intenso.
- b) El accidente es revivido persistentemente a través de las siguientes formas:
  - b.1) Recuerdos recurrentes y molestos (*caída contra el suelo, pasajero atrapado...*) que provocan malestar (*lloro, ansiedad...*).
  - b.2) Sueños recurrentes sobre el acontecimiento que producen malestar (*encontrarse atrapado entre el amasijo de hierros*).
  - b.3) No encontrado.
  - b.4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático (*avión, coche, lugares cerrados*).
  - b.5) Intensas respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos

externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático (*en los traslados en ambulancias se ha sentido muy nervioso, casi sin poder soportarlo*).

- c) Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del paciente, tal como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:

- c.1) No se puede precisar.
- c.2) Esfuerzo para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del accidente (*ha evitado salir de su casa pues no quiere subirse a un coche*).
- c.3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma (*el paciente afirma que hay un período posterior al accidente que estando consciente no recuerda*).
- c.4) No se puede precisar.
- c.5) No aparece.
- c.6) No se puede precisar.
- c.7) Sensación de un futuro desolador (*el paciente tiene dudas de quedar bien tanto física como psicológicamente*).

- d) Síntomas persistentes de aumento de activación:

- d.1) Dificultades para mantener el sueño.
- d.1) No aparece.
- d.2) Dificultades para concentrarse.
- d.3) Excesiva atención y alerta ante ruidos, frenazos o movimientos.
- d.4) No se han observado.

- e) El accidente había tenido lugar hacía más de un mes.

Por otro lado, parecía obvio que los síntomas del paciente no remitirían sin ayuda terapéutica e incluso que podían aparecer síntomas depresivos y agorafobia.

Una vez conocido el caso, se realizó un *análisis funcional* del mismo y se le presentó y explicó al paciente mediante retroalimentación para que entendiera mejor lo que le estaba ocurriendo y para asegurar que no se escapaba ningún detalle.

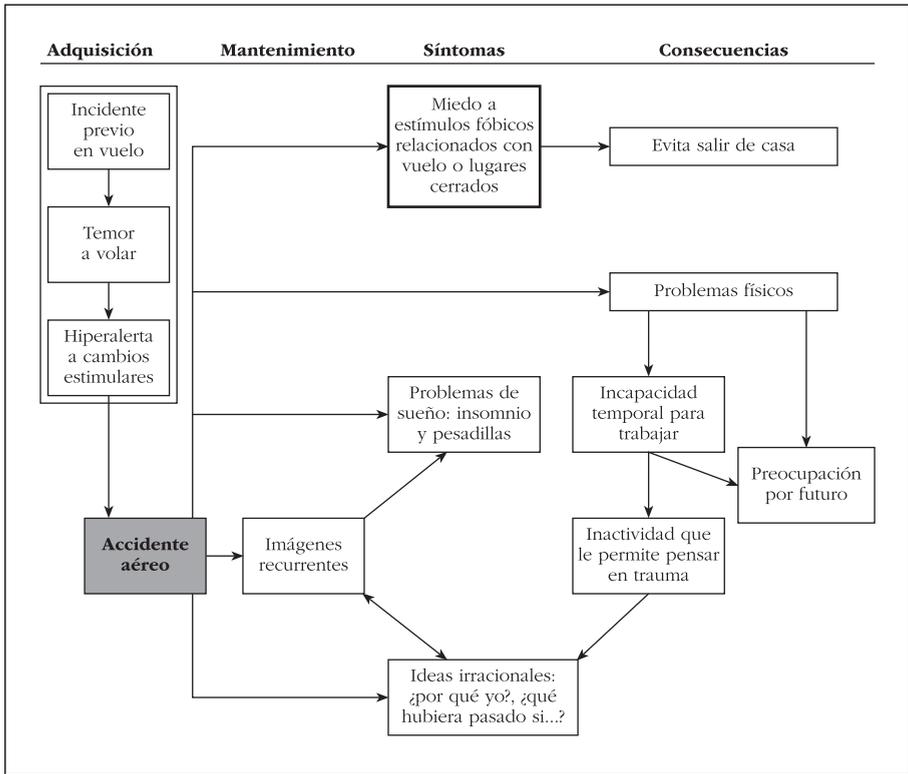


Figura 6.1. *Análisis funcional.*

Mecanismos subyacentes a los síntomas presentados:

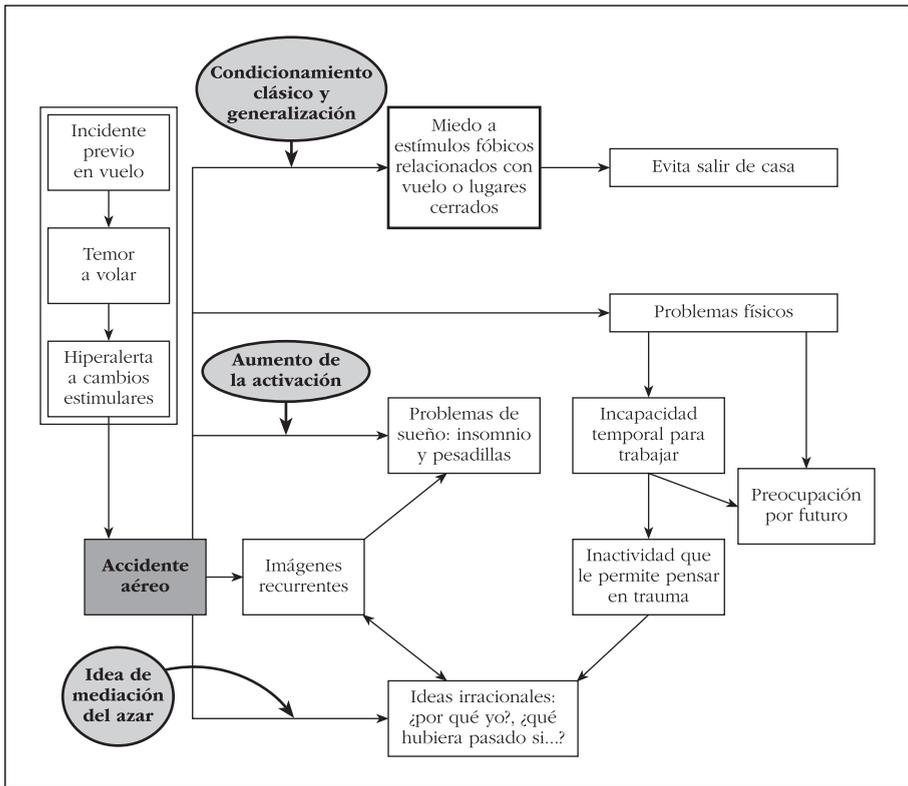


Figura 6.2.

A continuación se propusieron una serie de técnicas terapéuticas para tratar los distintos síntomas, con el fin de reducirlos y eliminarlos.

He querido comenzar este capítulo con un caso real y exponiendo el proceso de evaluación, diagnóstico y propuesta de tratamiento. A mi favor diré que el paciente, poco después de comenzar la terapia experimentó una mejoría progresiva y que hoy en día viaja asiduamente en avión sin dificultad.

Martín-Beristain, Georgia, Páez, Pérez y Fernández (1999) apuntan que la incidencia de sintomatología psicológica tras las catástrofes es muy baja y que aparece en personas con antecedentes de trastornos psicológicos previos. Es importante hacer esta aclaración para tomar el

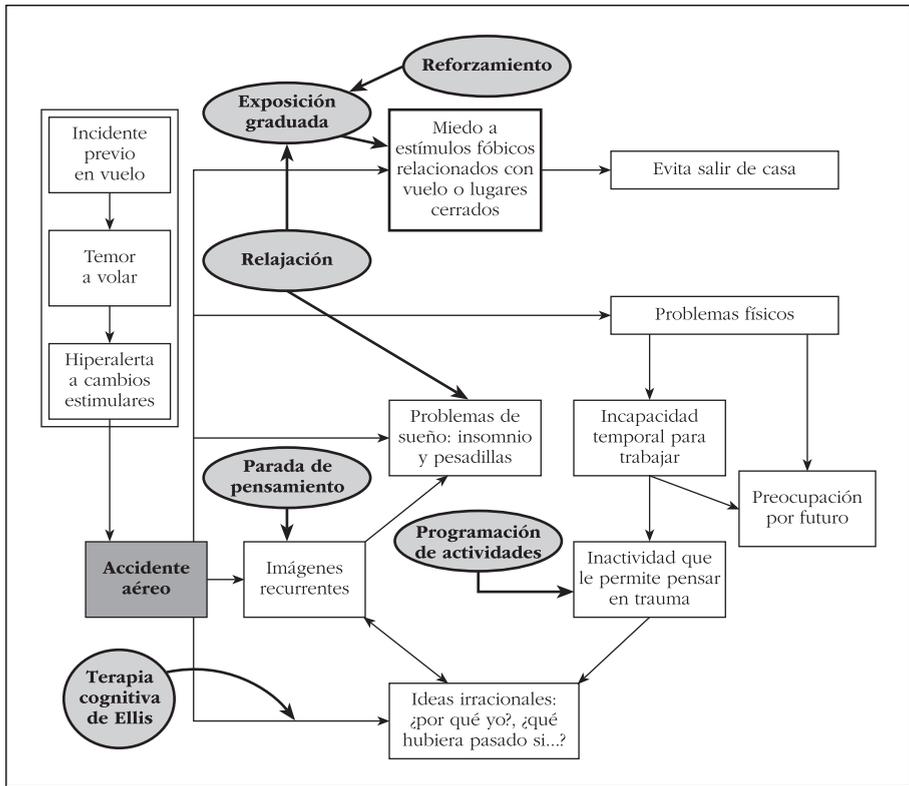


Figura 6.3. Técnicas terapéuticas.

problema en su perspectiva real, evitar sobredimensionarlo y gastar en recursos necesarios en otros aspectos y apoyar la idea de la «fortaleza» del ser humano.

Respecto a los posibles afectados, Sigales (2006) distingue entre:

- Los responsables de las decisiones.
- Los responsables de las labores de rescate:
  - Profesionales.
  - Implicados (voluntarios).
- La población siniestrada:
  - Víctimas directas.
  - Víctimas indirectas:
    - Implicadas.
    - Latentes.

## 6.2. TRASTORNOS DIAGNÓSTICOS ESPECÍFICOS A CATÁSTROFES

Tanto el CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) como el DSM (American Psychiatric Association, 2000) —manuales sobre clasificación de los trastornos mentales— presentan trastornos específicos a las catástrofes o a los episodios traumáticos. El CIE-10 diferencia entre trastorno persistente de la personalidad tras experiencia traumática, trastorno de estrés postraumático y reacción de estrés agudo. Por su parte, el DSM sólo presentaría el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), cuyas características diagnósticas ya se han presentado al comienzo de este capítulo.

Aunque el trastorno de estrés postraumático suele ser «la estrella» (por su popularidad y uso), es más frecuente que, tras una catástrofe (episodio traumático) aparezca el *trastorno por estrés agudo*, cuyos criterios diagnósticos son:

- a) La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido 1 y 2:
  1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
  2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
  
- b) Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:
  1. Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional.
  2. Reducción del conocimiento de su entorno (por ejemplo, estar aturdido).
  3. Desrealización.
  4. Despersonalización.
  5. Amnesia disociativa (por ejemplo, incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).
  
- c) El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos,

- sueños, ilusiones, episodios de *flash back* recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.
- d) Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (por ejemplo, pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).
  - e) Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (por ejemplo, dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).
  - f) Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables; por ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.
  - g) Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.
  - h) Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

En la literatura sobre los trastornos psicológicos que surgen tras un trauma han ido apareciendo intentos de clasificar los distintos síntomas/síndromes atendiendo a las circunstancias diferenciadoras de las situaciones causales. En este sentido, una primera clasificación diferenciaba entre casos incompletos, que engloba la *perturbación por el trauma de la personalidad* y la *perturbación con síntomas de repetición*; casos atípicos (*histeria de guerra*); secuelas psicóticas (como la *manía de duelo o reacción de esquizofrenia de 3 días*); secuelas efímeras (que consisten en síntomas de repetición, estado de alerta, fobias con una duración de 3 a 10 días) y trastornos de ansiedad.

Rivolier (1992) diferenciaba entre el síndrome del prisionero de guerra, el estrés de combate, el síndrome de Targowla (campo de concentración), la neurosis de guerra, el síndrome del superviviente o del rescatado y el síndrome del rehén.

De esta clasificación, hoy se sigue utilizando, en algunos casos, el *síndrome del superviviente*, sintomatología que presentan aquellos suje-

tos que han experimentado una catástrofe y han salido ilesos, presentando ideas de culpa, así como obsesiones sobre el azar («¿Por qué yo me salvé?»). Además, el afectado desplegaría irritabilidad, ira y aumento de conductas agresivas, lo que puede llegar a durar años, unido a síntomas físicos, como las cefaleas, los trastornos gástricos y la hipertensión.

Muy similar a la sintomatología presentada hasta ahora es la que define el *síndrome de aflicción por catástrofes* que experimentan aquellas personas que han sufrido alguna pérdida y que se exterioriza por tristeza, ira, ansiedad, constantes recuerdos y preocupación, lo que puede desembocar en la aparición de una depresión.

Bosch (2007) exponía el *trastorno por pérdida de dignidad* haciendo alusión al estado emocional en el que se encuentran aquellos que han sufrido un atentado terrorista y que experimentan un proceso de pseudo-normalización dificultado por los distintos procesos legales y forenses por los que han de pasar, y la sensación de que la sociedad les «exige» o cree que ya han vuelto a la normalidad.

La *fatiga por compasión, desgaste por empatía, traumatización vicaria o estrés traumático secundario* (Figley, 1995) es un trastorno específico de los técnicos intervinientes que consistiría en un conjunto de síntomas que forman cuadro psicopatológico propio de los voluntarios y profesionales del rescate que pueden llegar a experimentar tras el trabajo continuado con personas afectada por una catástrofe. Se trata de un estrés secundario (Rourke, 2007) y no sólo aparecería en bomberos, psicólogos, médicos o personal sanitario/social, sino en otros profesionales que trabajan con el sufrimiento de otras personas, como puede ser el caso de un juez o un periodista, como apunta Escamilla en su artículo «Testigo del trauma de otros»<sup>1</sup>. Este síndrome aparecería en los intervinientes que extrapolan la situación a sus propias familias, cuestionándose cómo hubiesen reaccionado ellos en el caso de encontrarse como la persona afectada. También experimentan un cansancio físico junto a la aficción de los errores de los otros colaboradores en el desastre. Se produce una activación progresiva que conduce a la irritación, al mismo tiempo que disminuye el umbral para ser afectados por el trauma. Por último, absorben la historia de sus clientes, se identifican con éstos y terminan desarrollando algunos de sus síntomas. Es típico en los que sufren este trastorno la preocupación por el estado de la víctima, que se traduce en visitas repetidas al hospital, llamadas de teléfono u ofrecimiento para seguir ayudándole tras la intervención.

---

<sup>1</sup> <http://www.susmedicos.com/art-testigo-trauma.htm>, recuperado el 2 de abril de 2012.

Tras una catástrofe o trauma, también pueden aparecer otros cuadros psicopatológicos que no son específicos de la ocurrencia de este episodio, pero que suelen producirse asimismo como consecuencia de él, es decir, que se aprecia su incremento del diagnóstico de estas patologías entre los afectados de una catástrofe.

El *trastorno de pánico* asociado a un episodio de intenso miedo aparece bruscamente y se caracteriza por palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de ahogo o asfixia, dolor en el pecho, náuseas, mareo y sensación de irrealidad. Otro trastorno que no es raro que aparezca es el *trastorno del estado de ánimo depresivo*, en el que se sufre un cambio en el estado emocional con tristeza, tendencia al llanto, pérdida de energía, desilusión, desánimo, sentimiento de desvanecimiento, alteraciones del sueño, alteraciones del apetito y/o alteraciones del deseo sexual. En el *trastorno somatoforme* el sujeto presenta síntomas físicos que no se explican por causa orgánica junto a fatiga, cefaleas, pérdida del apetito y problemas gastrointestinales o urinarios. En los *trastornos psicósomáticos* se inicia o acelera el desarrollo de una patología orgánica como consecuencia de factores psicológicos (trastorno cardiovascular, gastrointestinal, como úlcera, intestino irritable...; respiratorio, como asma bronquial, o diabetes mellitas). Algunos estudios (Pacheco, López, Pérez, Benegas, Condés y Ajates, 2006; Ramos, García y Parada, 2006) citan el *trastorno disociativo*, que consistiría en la separación o deterioro de procesos mentales que normalmente aparecen unidos, englobando la amnesia disociativa (incapacidad para recuperar información del acontecimiento estresante), la fuga disociativa (una o más salidas del sujeto de su casa repentina e inesperadamente en las que no recuerda parte o la totalidad de su vida pasada, no sabe quién es o bien se adquiere una nueva identidad), el trastorno disociativo de la identidad y el trastorno por despersonalización. Sin embargo, la aparición de este trastorno es rara y en sujetos con una posible predisposición genética o con un historial traumático previo, como se indica en el estudio de Bru, Santamaría, Coronas y Cobos (2009), en el que sólo uno de los sujetos participantes vivenció una catástrofe natural y, previamente, en su infancia, había experimentado un acontecimiento traumático (como el resto de los sujetos de la muestra)... Como puede apreciarse, éste sería el trastorno más grave que pudiera aparecer.

### 6.3. ¡BIENVENIDO AL CLUB!

Luis I. había perdido a su mujer en un accidente de tráfico y durante aquellos días no eran pocos los que se acercaban a casa

para darle el pésame, acompañarlo en esos momentos y saber cómo se sentía. Aquella mañana, mientras se dirigía a un lugar indeterminado, le paró una mujer conocida de la familia. Tras preguntarle por el trágico acontecimiento y escuchar de Luis que aún no terminaba de creérselo y que esperaba ver a su mujer aparecer por las puertas en cualquier momento, la interlocutora le saltó con aquella frase: «¡bienvenido al club!». Luis puso una extraña expresión que fue captada por la amiga «no me interpretes mal..., cuando murió mi Paco, yo me sentía como tú, no deseaba más que morirme y, a veces, creía oír las llaves de la puerta metiéndose en la cerradura y creía que mi marido iba a entrar, creía que nadie podía comprenderme... por eso te digo lo del club..., el club de los que entendemos qué es perder a un ser querido».

Esta historia, con los necesarios cambios para asegurar el anonimato, que me relató un paciente, refleja parte de los sentimientos típicos de un proceso de duelo. De forma más o menos consensuada, los estudiosos de este proceso psicológico coinciden en que en todo duelo la persona que lo sufre debe pasar por una serie de «tareas» para poder superarlo.

La primera de ellas es *aceptar la pérdida emocionalmente*, no sólo racionalmente. Esta aceptación será más o menos difícil dependiendo de ciertos factores, como lo puede ser el que se tenga la certeza de la muerte, lo que no ocurre en casos de accidentes en los que no se rescata el cadáver o en las desapariciones. El autoengaño, el deshacerse de todos los recuerdos, negar la irreversibilidad de la muerte o un creciente interés por el espiritismo, son algunos de los insanos mecanismos de defensa que pueden aparecer. Frente a ellos, los ritos que nos permiten «despedirnos» y delimitar un antes y un después pueden ayudarnos a superar esta primera tarea.

Una vez aceptada la pérdida, debemos encarar una segunda tarea nada grata, pero necesaria. Se trata de *enfrentarnos a las emociones y al dolor de la pérdida*. De nada sirve bloquear nuestros sentimientos, negar el sufrimiento, enzarzarnos en mil y una actividades o encerrarnos en nuestro cuarto y dormir día tras día. Tampoco nos sirve idealizar al fallecido, evitar todo recuerdo o refugiarse en el alcohol o los psicofármacos. Ello sólo nos hará alargar el duelo e, incluso, convertirlo en patológico. Es necesario reconocer nuestro dolor, enfrentarnos al recuerdo, al sentimiento de desesperanza, y a «no seré capaz de seguir

sin él/ella», para que estos mismos sentimientos nos ayuden a saber cómo nos encontramos.

Poco a poco, estos sentimientos dolorosos se irán apaciguando, la vida continúa, pero ello nos enfrentará a una tercera tarea, *seguir en un mundo con sus exigencias, pero sin la ayuda del ser perdido*, asumiendo funciones que hasta el momento no habían sido responsabilidad nuestra.

«Él siempre se encargaba de los bancos, de los papeles de la casa y de hacienda, con lo mal que se me dan a mí los números... ¿cómo voy yo a hacer ahora todo esto?»

«La cocina?, si yo nunca he frito un huevo. Mi mujer me tenía muy mal acostumbrado.»

«Después de más de 20 años casados, dedicada a mi casa y mis hijos, ahora me quedo sola, ya no tengo amigas, si todo mi mundo rondaba en torno a mi marido.»

Esta fase puede hacernos sentir inútiles, incapaces de hacernos cargo de nuestras nuevas responsabilidades. Pero además puede que nos lleve a ajustar nuestro propio sentido del mundo, nuestras creencias, nuestra forma de ver la vida.

Finalmente, pero no más fácil, se tendrá que *reubicar emocionalmente al ser querido que ha perdido para poder empezar nuevas relaciones*. Quizá se pregunte cómo puede proponérsele esto, cómo va a pensar en «nuevas relaciones», cómo va a «reubicar» a su pareja. Sé que es duro y sé que esta idea puede interpretarse como «traicionar» al ser querido («yo me he hecho la promesa —se la he hecho a él— de que nunca volveré a casarme»). Si se siente así es porque aún no ha superado las tareas anteriores.

Es mentira que tarde o temprano uno se olvide del ser querido que se ha perdido, es mentira que otra persona, una nueva pareja o un nuevo hijo, pueda reemplazarlo. Recuerde, «bienvenido al club». La persona que ha perdido a un ser querido ya nunca será la misma, simplemente aprenderá a vivir con esa pérdida, con altibajos, con días mejores y días peores («creía que lo había superado, y al abrir el cajón y ver la gorra que llevaba a los partidos con su padre...»). Pero ello no significa que no pueda seguir viviendo y esto implica seguir o comenzar relaciones sentimentales. Existen otras personas a las que dar nuestro amor en el sentido más amplio de la palabra, otros conocidos, otros hijos. La clave está en que se comprenda que querer a otras personas no significa dejar de querer al ser perdido.

El duelo es un proceso largo cuya finalización no significa volver al mismo estado en el que se vivía antes de la pérdida y del que, además, se va saliendo con dolor, siendo la evolución de éste lo que nos indique cómo nos encontraremos en un futuro. Cuando se es capaz de pensar en el ser querido sin que la tristeza conlleve esa sacudida, sin que se acompañe de manifestaciones físicas intensas como, por ejemplo, el llanto, entonces se podrá suponer que lo hemos superado.

#### **6.4. EL CAMINO HACIA LA NORMALIDAD**

Para aquellos que han pasado por una catástrofe, los días, las semanas, los meses siguientes se convertirán en un proceso cuyo fin debe ser volver a retomar las riendas de su vida y aprender a vivir con la experiencia sufrida. Y digo aprender a vivir, aceptar lo ocurrido, porque olvidar no es ni posible ni bueno. Durante este «viaje» irán apareciendo síntomas que, en la medida que reflejan una experiencia anómala, son normales. Algunos de estos síntomas son físicos, como los dolores de cabeza, los problemas para conciliar el sueño o el exceso de éste («sólo quería que me dejasen dormir») y la pérdida de apetito. Otros síntomas son más de carácter psicológico, como las ideas recurrentes, las cuales aparecen repetidamente, de forma automática y que no podemos borrar y que están relacionadas con el accidente, el sentirse solo, incomprendido, la falta de energía para hacer las cosas, la ausencia de interés por aquellas cosas que antes del trauma nos gustaban, el estar distraído, con falta de atención. Muy típico es que la persona afectada evite por todos los medios aquellas situaciones que provocan estos síntomas.

La catástrofe no deja de afectar cuando los medios de comunicación se han olvidado de la noticia. La ayuda de las organizaciones y la atención de la sociedad se va diluyendo. El afectado se siente abandonado, traicionado. Pero no cabe más remedio que seguir adelante. El afectado y los seres queridos que lo rodean y observan su sufrimiento deben adoptar un papel activo, seguir buscando ayuda, dejarse aconsejar, y realizar, por mucho que le cueste, esos cambios en su estilo de pensar y de vivir que le faciliten la recuperación.



## 7. TERAPIAS PSICOLÓGICAS APLICABLES A LOS TRASTORNOS VINCULADOS A LAS VIVENCIAS CATASTRÓFICAS

### NOTICIA

#### **Trastorno postraumático**

#### ***Los niños traumatizados por la guerra civil de Sri Lanka reciben ayuda psicológica***

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/05/20/psiquiatriainfantil/1242846051.html>

MADRID

*Dos técnicas de fácil y corta aplicación ayudan a que los pequeños se recuperen*

*Profesionales locales con poco adiestramiento pueden impartir la terapia*

En el norte de Sri Lanka, la antigua Ceilán, el tigre es el animal mítico por excelencia. Hasta el punto de que la guerrilla local tamil adoptó el nombre de este animal totémico. Los tigres tamiles han sido prácticamente derrotados por las autoridades cingalesas, pero años y años de guerra y las catástrofes naturales, como el tsunami, han dejado su huella casi indeleble en los niños de la región.

«Dados los recientes acontecimientos políticos producidos en Sri Lanka creo que es muy importante difundir ahora los graves problemas mentales que está sufriendo la población civil en Tamil, donde, particularmente los niños, se ha tenido que vivir cara a cara con la violencia continua», destaca a elmundo.es Claudia Catani, del Departamento de Psicología Clínica y Psicoterapia de la Universidad de Bielefeld (Alemania).

Miembro de la Fundación Vivo, que trabaja para vencer y prevenir el estrés postraumático y sus consecuencias originados por la violencia o los desastres naturales, tanto en los individuos como en la comunidad, acaba de sacar a la luz una nueva investigación que constata cómo *dos tipos de terapias psicológicas sencillas son capaces de ayudar a la población infantil* a superar el trauma ocasionado por el tsunami y la guerra.

Claudia Catani ha viajado en cinco ocasiones hasta Sri Lanka, en donde ha permanecido por varios meses para poder «llevar a cabo la *forma-*

*ción de los profesionales* que posteriormente impartan las terapias psicológicas que acaban de constatar su eficacia», agrega.

[...]

Mientras que la mitad de ellos se sometió a seis sesiones de Terapia de Exposición Narrativa para Niños (KIDNET, de sus siglas en inglés), la otra mitad siguió el mismo número de sesiones de Meditación-Relajación (MED-RELAX).

La primera técnica se basa en que los niños y adolescentes aprenden sobre sí mismos y los demás, sobre *las creencias de lo que es real y objetivo*, relatando no sólo lo sucedido sino toda su vida, lo que puede incluir experiencias traumáticas anteriores. La segunda terapia se basa en técnicas de respiración y yoga. Ambas se realizan en presencia de un terapeuta.

Antes de comenzar el capítulo hay que aclarar que éste no es un manual de tratamiento psicológico y que, por tanto, éste no es un capítulo que explique las terapias en profundidad, entre otros motivos porque se da por hecho que el profesional que acuda a esta obra será, bien un psicólogo, y por tanto conocerá estas técnicas, o bien otro profesional, en cuyo caso le bastará con conocer brevemente las técnicas, ya que no es su función proporcionar el tratamiento psicológico.

Aclarado este aspecto, y con objeto de explicar sus estructuración, hay que anotar que se va a diferenciar en técnicas o terapias que se utilizarán de forma inmediata (durante el período de post-impacto o shock) y las que se usarán en el período de normalización, con el fin de prevenir o tratar el trastorno de estrés postraumático u otro trastorno.

## **7.1. TRATAMIENTO INMEDIATO: PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS (PAP)**

Durante las primeras horas o días que siguen a la catástrofe, el psicólogo se limitará (y no es poco) a proveer de los primeros auxilios psicológicos a los afectados. Aunque el tema ya se ha tratado en capítulos previos, en éste nos centraremos un poco más en lo que queremos decir, en qué consisten y cómo se aplica esta «técnica».

Los PAP son algo más de lo que, a veces, se ha denominado «acompañamiento», ya que, tal como indica la National Child Traumatic Stress

Network<sup>1</sup>, sus objetivos son mucho más diversos. El primero de ellos será necesariamente conseguir establecer una conexión compasiva, pero no intrusiva con los posibles afectados, es decir, con aquellos que puedan necesitar nuestra ayuda. Una vez conseguida esta relación, el técnico se centrará en proporcionar alivio físico y emocional, cubriendo las necesidades físicas, proporcionando un entorno seguro e íntimo en el que el afectado pueda expresar sus emociones. A la vez, su intervención se dirigirá a calmar y orientar a aquellos que se encuentren desbordados emocionalmente. Para ello ofrecerle información práctica para enfrentarse a sus preocupaciones inmediatas será una buena estrategia, así como ponerse en contacto con sus redes de apoyo social y reforzar los intentos que hace el afectado por adaptarse a su situación y salir de ella.

Durante los primeros auxilios psicológicos, el técnico deberá desplegar una serie de competencias que debe poseer (si no es así, le será muy difícil realizar su función). Hablar con calma, mostrando la empatía que siente, ser capaz de soportar «los silencios», acompañando, «leyendo» la comunicación no verbal, controlando la tendencia a actuar o a hablar, escuchar cuando el afectado habla, realizar las preguntas justas, en el momento, lugar y de forma adecuada. Mientras que se realizan los PAP es muy importante tener presente la estructura social del grupo, así como las características culturales, adaptando nuestro comportamiento a la diversidad de sujetos con los que se trabaja.

## **7.2. LA RELAJACIÓN**

No se trata de un tratamiento, sino de una técnica. Además, aunque la coloquemos entre los tratamientos inmediatos, se trata de una herramienta que usaremos, tanto en los primeros momentos como en los tratamientos a largo plazo.

Refiriéndonos a la relajación en los primeros momentos, como parte de los PAP, nuestra técnica debe regirse por la sencillez. Difícilmente una técnica de relajación muy elaborada podrá ponerse en práctica en los momentos que siguen a la emergencia y sobre el terreno. Intentar inducir la respiración controlada es una práctica adecuada, pues reúne,

---

<sup>1</sup> *Primeros auxilios psicológicos. Guía de operaciones prácticas*, 2.<sup>a</sup> ed. National Child Traumatic Stress Network (Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil), National Center for PTSD (Centro Nacional de TEPT), 2006. [http://www.sheffield.ac.uk/polopoly\\_fs/1.34752!/file/Psychological-First-Aid\\_Field-Operations-Guide\\_Spanish.pdf](http://www.sheffield.ac.uk/polopoly_fs/1.34752!/file/Psychological-First-Aid_Field-Operations-Guide_Spanish.pdf).

junto a la sencillez para ser explicada, la posibilidad de modelar y la incompatibilidad con la respiración agitada característica de una persona que acaba de pasar (o está pasando) por una situación de estrés muy acusado.

A veces, la relajación podrá inducirse cogiéndole la mano o abrazando a la persona afectada mientras se le dan palabras de apoyo o instrucciones en voz calmada. Como apunte puede anotarse que en ocasiones, ante la hiperventilación de la persona agitada, será aconsejable pedirle que respire en una bolsa de papel, eliminando así el exceso de oxígeno que se está acumulando en su organismo y que le produce la sensación de mareo y visión borrosa.

### **7.3. PERÍODO DE NORMALIZACIÓN: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL TEPT Y OTROS TRASTORNOS**

Una vez pasados los primeros días tras la catástrofe, la mayoría de los afectados comienzan su período de normalización, de vuelta a su vida, sin presentar problemas de gravedad que les impidan readaptarse a su vida social y laboral. Sin embargo, una parte de éstos, en lugar de experimentar una evolución positiva de sus estados cognitivos y emocionales, sufrirán un incremento o aparición de síntomas que se podrán diagnosticar como parte de un trastorno psicológico.

Para su tratamiento, la psicología ha ido creando un conjunto de terapias (a veces técnicas) que se han mostrado con un nivel de eficacia óptima.

Una primera sistematización, centrada en las terapias que han sido mejor estudiadas y que han demostrado con estudios científicos su eficiencia, distinguiría entre terapias conductuales, centradas en la exposición, y las terapias cognitivo-conductuales.

De las terapias de exposición destacan la exposición graduada o desensibilización sistemática (Wolpe, 1958) y la desensibilización o imaginación emotiva (Lazarus y Abramovitz, 1962), una adaptación de la anterior para niños.

Respecto a las terapias o de las técnicas cognitivo-conductuales, Mahoney y Arnkoff (1978) realizaron la siguiente clasificación:

1. Técnicas de reestructuración cognitiva (se basan en la identificación y modificación de aquellas cogniciones que son desadaptativas).

- Terapia cognitiva de Beck.
  - Terapia racional-emotiva de Ellis.
  - Entrenamiento autoinstruccional de Meichenbaum.
2. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento (su objetivo es conseguir que el paciente afronte activamente las situaciones que le provocan el estrés o la ansiedad).
- Inoculación de estrés (Meichenbaum).
  - Entrenamiento en manejo de ansiedad (Suinn y Richardson).
  - Desensibilización de autocontrol (Golfried).
  - Modelado encubierto (Cautela).
3. Técnicas de resolución de problemas que se basan en entrenar al paciente en métodos para solucionarlos de forma asertiva.

Distintos estudios (Bisson y Andrew, 2005; Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, Fennell, Herbert y Mayou, 2003; Smith, Yule, Perrin, Tranah, Dalglish y Clark, 2007) han comparado la eficacia de distintas terapias para el tratamiento del TEPT.

De estos estudios puede concluirse que las terapias con mayor evidencia de su eficacia son las terapias cognitivo-conductuales centradas en el trauma y las centradas en el manejo del estrés y la desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento (EMDR).

Esta última, creada por Shapiro, consiste en una exposición en imaginación del acontecimiento traumático y las emociones que lo rodean mientras se realizan unos movimientos oculares que hacen las veces de sistema para relajar al sujeto y provocar una estimulación bilateral. El número de investigaciones que han mostrado la validez científica de la técnica lo han convertido, junto a la exposición prolongada, en un tratamiento de primera elección para el TEPT.

Sandra Wieland, en su artículo «An Important Form of Therapy for Children – EMDR»<sup>2</sup>, afirma que la EMDR es una valiosa forma de terapia para ayudar a los niños a explorar los «lugares» vacíos y aterradores de su interior.

Otra técnica utilizada con niños es la terapia de exposición narrativa (NET) adaptada para los niños (KIDNET) (por ejemplo, Verena Ertl<sup>3</sup> con

<sup>2</sup> <http://www.sandrawieland.com/EMDRTherapyChildren.pdf>.

<sup>3</sup> <http://www.news-medical.net/news/20110803/5690/Spanish.aspx>.

niños soldados en Uganda o Claudia Catani con niños tras el tsunami en Sri Lanka<sup>4</sup>).

Por último, citaremos la CSEE FAR CBT<sup>5</sup> de Mooli Lahad, que reúne diversas técnicas (BASIC PH, CSEE: experiencia somática, FAR: realidad fantástica, y CBT: terapia cognitivo-conductual). El modelo integrativo de afrontamiento y resistencia (BASIC Ph) parte de la idea de que existen seis modos de afrontamiento del estrés que le han sido útiles al sujeto con anterioridad y que se recogen en el acrónimo de la técnica (B-Belief, valores y creencias; A-Affect, afectos y emociones; S-Social; I-Imagination, imaginación; C-Cognition, cognición, y Ph-Physiology, fisiología). Un recurso llamativo de la técnica es la utilización de las «cartas Kesem», mazos de cartas en las que el terapeuta se apoya para ayudar al paciente a construir una historia sobre la situación vivida a través de imágenes simbólicas.

---

<sup>4</sup> [http://www.psiquiatria.com/noticias/trastornos\\_infantiles/tratamientos/42964/](http://www.psiquiatria.com/noticias/trastornos_infantiles/tratamientos/42964/).

<sup>5</sup> Una explicación más detallada sobre la terapia puede consultarse en Acinas, P. y Cervera, M. (2011). CSEE FAR CBT: ver más allá de la terapia cognitivo-conductual. *Cuadernos de Crisis*, 10(10). <http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2011/Num10Vol1-2011.pdf>.

## 8. SITUACIONES ESPECIALES: EL SUICIDIO

### NOTICIA

#### ***Intento de suicidio en Parla en las vías del tren***

<http://parlaactualidad.blogspot.com.es/2012/05/intento-de-suicidio-en-parla-en-las.html>

*Parla Actualidad*, 30-04-2012

En Parla a las 16:30 de la tarde del 30 de abril muchos parleños observaron un gran despliegue de efectivos de la policía local, municipal, bomberos y ambulancias, en la entrada de Parla-Norte,

Según nos informan fuentes del Ayuntamiento a *Parla Actualidad*, un hombre de nacionalidad española intentó suicidarse tirándose a las vías del tren en la entrada al túnel de la estación, en la zona de la Cantueña, el día 30 de abril de 2012.

Varias dotaciones de la Policía Nacional y Local entre otros efectivos se personaron en el lugar. El hombre, que está con tratamiento psicológico, ese día no se tomó el tratamiento y sufrió un brote psicótico con intento de suicidio donde el jueves 26 de abril también intentó el mismo propósito. Al lugar se personó un negociador del Ayuntamiento de Madrid y empezaron las negociaciones con ayuda de los familiares del individuo. Después de una hora y media se consiguió que el hombre finalizara su propósito de suicidio y le trasladaron al hospital Infanta Cristina.

Una situación con la que no es difícil que se encuentre el personal humanitario relacionado con la intervención en emergencias es la de asistir a un intento de suicidio con el objetivo de hacer desistir de su actitud al sujeto que lo está llevando a cabo.

Como apuntan Guerra, Lerma, Haranburu y Escalante (2010), se trata de una situación altamente estresante para el profesional, que debe basar su intervención en la psicología, y más concretamente, en la comunicación eficaz. Para ello es necesario que se cuente con un

«protocolo de actuación» que especifique qué se debe y qué no se debe hacer y decir. Ello permitirá dirigir nuestra conducta en un momento emocional en el que se deben «automatizar» nuestros pensamientos y comportamiento en la mayor medida posible.

Esto no significa que exista una solución definitiva y aplicable en todos los casos. La decisión suicida es un hecho complejo que responde a múltiples factores y por tanto no puede tratarse con una respuesta fija, estándar, por parte del especialista o los miembros profesionales que acudan en ayuda del sujeto, ya que éstos deberán improvisar y adaptar las «reglas generales» de actuación.

De lo anterior cabe deducir que es tan importante saber qué hacer como qué evitar.

Antes de explicar las pautas de nuestra actuación ante un intento de suicidio hay que anotar, para evitar posibles autoculpaciones en el profesional, que nuestra actuación no implica en muchos casos la solución (que el suicida desista de su intento), existiendo un alto riesgo de «fracaso», lo que no debe suponer la idea de incompetencia o culpa.

## **8.1. IDEACIÓN, COMUNICACIÓN Y CONDUCTA SUICIDA**

Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll y Joiner, en 2007, propusieron una clasificación sobre la nomenclatura en la que se recogieran los distintos aspectos relacionados con el suicidio (véase la tabla 8.1). En esta clasificación diferenciaron la ideación suicida (pensamientos) la comunicación suicida (transmisión interpersonal del deseo o intención de acabar con la propia vida) y la conducta suicida (conducta potencialmente lesiva y autoinfligida con intención de morir). Esta clasificación también distingue dentro de la comunicación suicida entre amenaza suicida y plan suicida (propuesta del método) y dentro de las conductas suicidas, entre autolesión o gesto (conducta potencialmente lesiva autoinfligida sin intención de matarse), conducta suicida no determinada (con un grado indeterminado de intención), intento suicida (conducta potencialmente lesiva autoinfligida con intencionalidad de provocarse la muerte, pero sin resultado fatal) y suicidio (muerte autoinfligida).

**TABLA 8.1**  
**Nomenclatura propuesta por Silverman et al. (2007)**

IDEACIÓN SUICIDA				
<i>a)</i> Sin intencionalidad		<i>b)</i> Con grado indeterminado de intencionalidad		<i>c)</i> Con intencionalidad
1. Casual	2. Transitoria	3. Pasiva	4. Activa	5. Persistente
COMUNICACIÓN SUICIDA				
<i>a)</i> Sin intencionalidad		<i>b)</i> Con grado indeterminado de intencionalidad		<i>c)</i> Con intencionalidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida tipo I)</li> <li>• Propuesta de un método (plan suicida tipo I)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida tipo II)</li> <li>• Propuesta de un método (plan suicida tipo II)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verbal o no verbal, pasiva o activa (amenaza suicida tipo III)</li> <li>• Propuesta de un método (plan suicida tipo III)</li> </ul>
CONDUCTA SUICIDA				
<i>a)</i> Sin intencionalidad		<i>b)</i> Con grado indeterminado de intencionalidad		<i>c)</i> Con intencionalidad
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin lesiones (autolesión tipo I)</li> <li>• Con lesiones (autolesión tipo II)</li> <li>• Con resultado fatal (muerte autoinfligida no intencionada)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin lesiones (conducta suicida no determinada tipo I)</li> <li>• Con lesiones (conducta suicida no determinada tipo II)</li> <li>• Con resultado fatal (muerte autoinfligida con intencionalidad indeterminada)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sin lesiones (intento de suicidio tipo I)</li> <li>• Con lesiones (intento de suicidio tipo II)</li> <li>• Con resultado fatal (suicidio consumado)</li> </ul>

## 8.2. LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA DURANTE UN INTENTO DE SUICIDIO

La primera regla en nuestra intervención será recoger la mayor cantidad de información sobre el sujeto:

- Nombre o apodo.
- Datos sobre la familia y sobre su situación laboral y social.
- Motivo (presunto) que le lleva al acto suicida.
- Historial previo de intentos.
- Posible estado inducido por encontrarse bajo los efectos de alguna droga.
- Existencia de alguna enfermedad mental o física.

La importancia de esta recogida de información proviene de la necesidad de contar con datos para dirigir nuestro diálogo y conocer la existencia de factores de riesgo o potenciadores (Muñoz, 1999).

La existencia de estos factores deberá interpretarse como mayor probabilidad de que el sujeto consuma su decisión.

En la tabla 8.2 se resume los distintos factores de riesgo que se relacionan con la conducta suicida.

### NOTICIA

#### **INE. Primera causa de muerte externa El número de suicidios baja en plena crisis**

<http://www.elmundo.es/elmundo/2012/03/20/espana/1332241522.html>

Madrid. OLGA R. SANMARTÍN. 20/03/2012

*3.145 personas se quitaron la vida en 2010, la cifra más baja en 17 años. En Grecia esta estadística se incrementó un 40% el año pasado. El método más usado es el ahorcamiento, seguido del envenenamiento. Los varones de entre 40 y 50 años son los que más recurren a esta práctica.*

En situaciones de crisis, el ser humano muestra los límites hasta los que es capaz de llegar. Grecia, que antes del «crack» financiero tenía el porcentaje de suicidios más bajo de Europa (2,8% por cada 100.000 habitantes), vio en la primera mitad de 2011 cómo se incrementaban estas muertes en un 40%, convirtiéndose en el líder de toda la UE en esta estadística tan tremenda.

En España no ha pasado lo mismo. El número de personas que se quitó la vida en 2010 en nuestro país es de 3.145, la cifra más baja en 17 años. Lo dicen los datos provisionales de las *Defunciones según la causa*

de la muerte que el Instituto Nacional de Estadística (INE) ha publicado esta mañana.

Otros años de la crisis, los suicidios fueron más o menos los mismos que en 2010 (3.429 en 2009; 3.421 en 2008; 3.263 en 2007...). En 2005, cuando la economía era aún boyante, se quitaron las vida 3.381 personas. En 2000, 3.393. Habría que remontarse hasta 1993 para encontrar una cifra más baja: 3.037. Esto indica que la crisis no ha hecho que aumente este tipo de muertes y que, ante las adversidades, los españoles no nos dejamos vencer.

**TABLA 8.2**

**Factores de riesgo asociados a la conducta suicida**

FACTORES INDIVIDUALES	Trastornos mentales	Depresión T. bipolar T. psicótico Abuso alcohol/sustancias T. ansiedad T. conducta alimentaria T. personalidad, impulsividad, agresión
	Factores psicológicos Intentos previos o ideación Edad Sexo Factores genéticos y biológicos Enfermedad física o discapacidad	
FACTORES FAMILIARES Y CONTEXTUALES	Historia previa de suicidio en la familia Eventos vitales estresantes	
	Factores sociofamiliares y ambientales	Falta de apoyo Bajo nivel socioeconómico, educativo y situación laboral Etnia Religión
	Exposición (efecto «contagio»)	
OTROS FACTORES	Historia de maltrato físico o abuso sexual Orientación sexual Acoso por parte de iguales Fácil acceso a armas/medicamentos/tóxicos	

Grupo de trabajo de la *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia de Avaluación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

Otros factores que nos pueden dar indicios sobre el pronóstico de la situación será la forma que ha elegido para consumar el suicidio (violenta o no violenta; pública o privada...), las consecuencias que tendría para el sujeto el fracaso de su suicidio, el grado de consumación al que se ha llegado, ambiente socio-familiar-laboral, etc.

Si el sujeto realmente desea suicidarse, utilizará un método más violento y lo hará en un lugar aislado y privado, mientras que en las tentativas (conducta suicida sin intencionalidad), que suelen tener como fin expresar un mensaje (llamar la atención, amenazar, culpabilizar) o, que siendo el suicidio su primer objetivo, haya empezado a dudar sobre su propósito, el intento se realizará en un lugar público, tomándose un tiempo más dilatado dando margen para que los equipos de ayuda (policiales, bomberos o sanitarios) puedan personarse en el lugar en el que permanece el sujeto y posibilitando que intervengan.

Los estudios sobre la relación estadística entre suicidios consumados e intentos varían mostrando resultados que presentan una relación entre 10 o 20 intentos por cada suicidio (Francisco, Páramo y Gude, 1999). Sin embargo, es importante que partamos de que en nuestra actuación, tenemos que regirnos en todo momento por la idea de que *cualquier amenaza de suicidio debe ser evaluada como realizable*. Lo más peligroso en estos momentos, en los que no hay que olvidar que el sujeto pasa de un estado emocional a otro con facilidad, será que nuestra acción o la de otros puede empujarle a tomar una decisión precipitada y errónea que provoque un accidente o catalice los acontecimientos.

La intervención del profesional deberá estar dirigida por los aspectos que ha conseguido en su recogida de información. Con esta información realizará una primera hipótesis sobre el caso. También deberá sopesar si la situación encierra riesgo para otras personas, es decir, que deberá, en primer lugar, «asegurar la zona» (Guerra, Lerma, Haranburu y Escalante, 2010), siendo la primera preocupación la seguridad del equipo interviniente y de otras personas que puedan verse afectadas (familiares en el hogar, vecinos, transeúntes, etc.).

Al comenzar la intervención, el técnico estudiará la distancia que le separa físicamente del sujeto. Nuestro diálogo deberá caracterizarse por las siguientes pautas:

- *Dirigirnos al sujeto usando su nombre*. Esto personaliza la conversación y «acerca psicológicamente».
- *Identificarnos*.

- *Preguntar por el motivo.* Utilizando preguntas cortas que hagan reflexionar al sujeto y precisen de un tiempo para que éste dé forma a ese cúmulo de pensamientos y emociones que los desbordan.

En una intervención realizada en febrero de 2011 sobre un joven que se había subido a un andamio y había amenazado con tirarse y que ya habían conseguido que se bajara, se me requirió para que evaluara el estado emocional del sujeto y la posibilidad de que volviera a intentarlo. Para crear un ambiente positivo, cuando llegué me presenté y usando su nombre le dije «me imagino que, si has llegado a este punto, debes de estar muy desesperado, ¿qué te ha llevado a ello?».

- *Empatizar, evitando juicios personales.* Nuestro diálogo y nuestra comunicación no verbal debe expresar interés por lo que le ha ocurrido y por lo que está sintiendo.
- *Evitar aproximaciones violentas.* Pedirle permiso para aproximarnos, usando como excusa aumentar la privacidad de nuestro diálogo o para estar más cómodo: es famosa la propuesta de una psicóloga, que para aproximarse a un joven que amenazaba con tirarse desde un puente, le ofreció darle un beso, aprovechando este acto para agarrar al suicida y evitar la caída<sup>1</sup>. Si el acercamiento no es posible, sí es importante que, al menos, mantengamos una posición que nos permita el contacto visual.
- *Evitar en principio la presencia de familiares o amigos.* En la raíz de muchos suicidios se encuentran riñas familiares. La presencia de un familiar puede precipitar los hechos, además de que no podemos controlar las respuestas de estas personas. El presunto suicida, libre de la presencia de la familia (y de los curiosos), puede adoptar un rol diferente sin sentir presiones externas.
- *Evitar apresuramientos.* Cuanto más tiempo pasemos dialogando con el sujeto, más probabilidad hay de que el sujeto vuelva a un estado más calmado.
- *Buscar objetivos satisfactorios que pueda tener el sujeto.* Una posibilidad de empleo, una ayuda para tratar el problema familiar, etcétera.
- *Ofrecer algo a cambio.* Algunos ejemplos en este sentido son ofrecidos por los profesionales que actúan directamente en estos

---

<sup>1</sup> Algo similar ocurrió en China en junio de 2011 (<http://es-us.noticias.yahoo.com/blogs/el-video/lo-salva-del-suicidio-con-un-beso.html>).

casos y que derrochan «creatividad»: un bombero de Tenerife me relataba cómo un compañero había hecho desistir a una mujer, que bajo los efectos del alcohol, amenazaba con tirarse desde el balcón ofreciéndole bailar con ella, lo que gustaba hacer a la presunta suicida.

## NOTICIA

### **Spiderman rescata a niño autista en Tailandia**

<http://www.eluniversal.com.mx/notas/585957.html>

EFE. *El Universal*

Bangkok, martes 24 de marzo de 2009

Un bombero tailandés se vistió del superhéroe para conseguir que el menor de ocho años abandonara el balcón desde el que parecía que iba a saltar al vacío. Un bombero tailandés se vistió de Spiderman para conseguir que un niño autista de ocho años abandonara el balcón desde el que parecía que iba a saltar al vacío, informó hoy la policía.

El suceso ocurrió ayer en una escuela especial de Bangkok, donde un profesor vio que uno de los alumnos había salido por la ventana del tercer piso y no hacía caso a los llamamientos para que saliera de allí.

Su madre comentó a la policía que el pequeño era un gran aficionado a los superhéroes y poco después uno de los bomberos apareció disfrazado del popular «Hombre Araña» en un desesperado intento de salvar al niño.

«Parece increíble, pero el crío se echó a sus brazos en cuanto le vio», indicó el sargento Virat Boonsadao.

Boonsadao explicó que el bombero guardaba un disfraz de Spiderman en su taquilla, que empleaba habitualmente para amenizar los ensayos antiincendios.

- *Facilitar el desabogo emocional* llorando, gritando o, si es posible, reforzando que hable del tema mientras realizamos una escucha activa (véase capítulo sobre habilidades de comunicación).
- *Realizarle preguntas que le hagan poner en duda su línea argumental*. «Realmente, ¿con qué quieres acabar?, ¿con quién estás enfadado?», «¿qué resolverás con ello?, ¿qué pensarán tus hijos, en qué situación les vas a dejar?, ¿no crees que ellos preferirían tener a su padre con ellos?», «¿y si no lo logras y te conviertes en una carga para los que quieres?».

### 8.3. TIPOLOGÍA DEL SUICIDA

Respecto a estudios previos sobre la tipología del sujeto suicida nos muestran una diferencia general entre sexos (tabla 8.3), aunque hay que insistir que cada caso debe tomarse como único, y por tanto, no podemos aplicar estas estadísticas de forma sistemática a la hora de manejar la situación.

**TABLA 8.3**

SEXO	MUJER	HOMBRE
Edad	-30 años	+40 años
Tipo	Intento de suicidio.	Suicidio.
Método	Baja letalidad. Instantánea. Medicación.	Seguro y rápido. Altamente letal. Sin publicidad.
Motivación	Afectiva. Intención manipulativa. Llamada de atención.	Afectiva. Sociolaboral.

### 8.4. EL SUICIDO EN LOS JÓVENES

Un grupo que destaca en cuanto a suicidios y tentativas es el de los jóvenes, siendo el suicidio, según Echeburúa (2004), la tercera causa de muerte entre la población de 15 a 25 años. De acuerdo con un estudio sobre el suicidio en jóvenes mexicanos de la Encuesta Nacional de Adicciones (Instituto Nacional de Psiquiatría) en 2008, cada día más de mil jóvenes mexicanos intentaban quitarse la vida. Así, y según esta fuente, el suicidio es la tercera causa de muerte violenta de jóvenes en ese país. Las ideas sobre quitarse la vida aparecen ya a los 10 años, comenzando con el plan a los 12 y localizándose el pico de riesgo de realizar un intento a los 15 años<sup>2</sup>.

En Estados Unidos, donde el suicidio es la tercera causa de muerte entre los chicos y chicas de entre 11 a 18 años, el problema se percibe

<sup>2</sup> <http://noticias.universia.net.mx/vida-universitaria/noticia/2010/03/10/186980/dia-mil-jovenes-intentan-suicidarse.html>.

con la suficiente gravedad como para que se hayan implantado programas de prevención de suicidio en 41 de sus Estados, utilizándose instrumentos como el *Teen Screen Schools and Communities* (Test de adolescentes en colegios y comunidades) de Shaffer<sup>3</sup>.

En la idea o conducta suicida juvenil inciden tres tipos de factores. Los factores causales (entre los que destacan los trastornos mentales, el deseo de expiar una culpa o la necesidad de escapar de una humillación), los factores de riesgo (como la disgregación familiar, la carencia de afecto, las ideas inalcanzables de perfección física o éxito social imperantes en la sociedad, la inestabilidad emocional o la falta de valores) y los factores potenciadores (baja autoestima y baja tolerancia a la frustración).



*No toda autolesión es intento de suicidio, muchos adolescentes se realizan cortes en los brazos («chinarse») por motivos diversos, como llamar la atención, sin intención de provocarse la muerte.*

<sup>3</sup> <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2009/05/13/psiquiatriainfantil/1242238349.html>.

## 8.5. SUICIDIO Y ENFERMEDAD MENTAL

«La presencia de un trastorno mental es probablemente el mayor factor de riesgo para el suicidio», asegura Téllez-Vargas (2006). Este mismo autor asegura que en el 90% de los suicidios consumados se padecía un trastorno mental, de los que el 60% era la depresión. Esto se ve apoyado por el hecho de que una amplia mayoría de suicidas cuentan en el año anterior al intento con una hospitalización en los servicios de psiquiatría y que en el 90% de las autopsias psicológicas de los suicidas se han encontrado uno o más criterios diagnóstico de trastornos psicológicos.

En la tabla 8.4 se presenta el riesgo de suicidio de la población con trastornos mentales en relación a la población normal.

**TABLA 8.4**

Depresión mayor	20
Trastorno de ansiedad	6-10
Esquizofrenia	8,5 (más en hospitalizados)
Abuso del alcohol	75-85 (con depresión)
Bordeline	7
Trastorno del comportamiento alimentario	20

Los estudios, que se centran en los rasgos de personalidad que predisponen al suicidio, presentan la impulsividad (agresividad) y el pesimismo (desesperanza) como características comunes en estos sujetos que, además, suelen aparecer como criterios en muchas psicopatologías.

También es interesante y práctico saber que los pacientes deprimidos que idean su suicidio lo hacen saber de forma más o menos explícita a sus familiares, amigos o médicos. Acuden a consulta por ansiedad o insomnio demandando, mostrando sumo interés por una medicación que realmente adquieren para usar como medio para suicidarse.

Sin ser exhaustivos, en la tabla 8.5 se presentan los trastornos mentales que suelen estar relacionados con los suicidios y los factores de riesgo que aparecen asociados (el conocimiento de estos datos será de suma importancia como orientación en la intervención psicológica dirigida a hacerlo desistir del intento).

**TABLA 8.5**

<p><b>TRASTORNO DE DEPRESIÓN MAYOR</b></p>	<p>Insomnio Déficits cognitivos Anhedonia Desesperanza Comorbilidad con abuso de sustancias Comorbilidad con trastorno de pánico</p>
<p><b>TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR</b></p>	<p>Duración y severidad de los episodios depresivos Desesperanza Estados mixtos Comorbilidad con abuso de alcohol o sustancias psicoactivas Impulsividad Rasgos de agresividad en personalidad</p>
<p><b>TRASTORNO DE ANSIEDAD</b></p>	<p>Edad de aparición Número e intensidad de ataques Limitación psicosocial Déficits cognoscitivos Comorbilidad con depresión, alcoholismo o trastornos del eje II Fobia social: debido a la limitación que ocasiona</p>
<p><b>ESQUIZOFRENIA</b></p>	<p>Género masculino, raza blanca, falta de apoyo social, pobre funcionamiento psicosocial, pérdidas afectivas, depresión, intentos previos (comunes) Cronicidad Exacerbación de episodios psicóticos Intensidad de síntomas positivos (delirios y suspicacias) Número de hospitalizaciones Pérdida de confianza Actitudes negativas hacia el tratamiento Niveles de fragmentación social Deprivación económica Ruptura familiar Primeros años de la enfermedad Los períodos posteriores a hospitalización Durante episodios de depresión postpsicosis</p>
<p><b>ABUSO DEL ALCOHOL</b></p>	<p>Pérdida reciente de empleo Pobre apoyo emocional Consumo de alcohol Dificultades financieras Problemas legales</p>

**TABLA 8.5 (continuación)**

	Enfermedad grave Trastornos de personalidad Al ser dados de alta tras una hospitalización Al afrontar una pérdida afectiva
<b>PERSONALIDAD BORDELINE</b>	Desempleo Dificultades financieras Conflictos familiares Rupturas afectivas Disfunción de la pareja
<b>TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO</b>	Cronicidad Comorbilidad con abuso de sustancia Comorbilidad con trastornos afectivos Comorbilidad con trastornos de ansiedad Comorbilidad con trastornos de personalidad

Fuente: Téllez-Vargas (2006).

## **8.6. MANEJO DEL PACIENTE CON CONDUCTA SUICIDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA<sup>4</sup>**

La intervención en emergencia con el sujeto que ha intentado suicidarse no acaba cuando éste ha desistido de su conducta. Una vez conseguido este objetivo, el profesional (u otro miembro de los equipos de intervención más especializado) deberá seguir su intervención y dirigir al rescatado a los servicios de urgencia, donde se continuará con el caso. La *Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t)* aconseja que se asegure la atención de este paciente dentro de la primera hora desde su llegada a estos servicios donde debe atenderlos un profesional (médico) que cuente entre sus competencias con la de evaluar el estado y la capacidad mental y anímica, la habilidad para detectar el riesgo de suicidio inmediato y los conocimientos básicos de condiciones médico-legales de las situaciones de urgencia.

<sup>4</sup> Fuente: Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.

Esta intervención debe realizarse asegurando la privacidad, confidencialidad y respeto y adoptando las medidas necesarias para asegurar la seguridad (auto o heteroagresividad o fuga).

Aunque se cuente con datos aportados por los intervinientes en emergencias, durante la exploración en los servicios de urgencia debe realizarse una evaluación sobre los factores de riesgo, así como de las características del intento fallido a través de un formato estandarizado.

La decisión de una inmediata hospitalización deberá basarse en la detección durante la evaluación de factores como la repercusión médico-quirúrgica del intento suicida, el riesgo de nuevos intentos inmediatos, la necesidad de aplicar un tratamiento intensivo y controlado y la falta de existencia de apoyo social y familiar.

## 9. LA COMUNICACIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA..., NUESTRA MEJOR HERRAMIENTA

Todo aquel que se vea implicado en una catástrofe desde el rescate hasta el apoyo psicológico, sea o no un profesional, contará, aparte de con sus instrumentos y técnicas propias de su profesión, con una vía de trabajo común que es la *comunicación*. De ella, de lo diestros que seamos al utilizarla, dependerá en alto grado los resultados de nuestra intervención.

Cuando hacemos referencia a la comunicación no nos limitaremos sólo al aspecto lingüístico, verbal, sino a su concepción más amplia, englobando tanto lo verbal como lo no verbal. Tan importante va a ser lo que decimos que la forma de decirlo, cómo se expresa mi cuerpo, cómo es mi tono de voz, cómo es el contacto visual y corporal con la otra persona, cómo nos acercamos a ella y cómo permanecemos en silencio junto a la misma.

Nuestra comunicación deberá mostrar y aportar la tranquilidad que suele faltar en esos momentos. El contacto visual debe ser permanente, favoreciendo la privacidad, la intimidad y proporcionar indicadores de «nuestro interés» y nuestro propio hacer.

Como ya se ha dicho antes, *escuchar de forma activa* será una de las técnicas que más debemos usar. Esto requiere que nos fijemos en lo que nos dice la persona damnificada y en cómo lo dice, mientras realizamos gestos y sonidos indicativos de nuestra atención. Debemos *parafrasear* (repetir con nuestras palabras) lo que nos transmite esa persona.

*Lo que quieres decir es...  
Si no he entendido mal...*

La escucha activa es una potente herramienta, ya que ofrece al afectado una vía para expresarse, para ponerles palabras a sus sentimientos. Es importante que en el transcurso de nuestra escucha nos preguntemos cómo nos sentiríamos nosotros de estar pasando por la misma

circunstancia o por qué esta persona actúa de la forma en que lo hace. Ello nos permitirá comprenderlo, «meternos en el pellejo del otro» y hacerle ver que lo comprendemos.

*Entiendo lo que me dices...*

Paradójicamente, ante el dolor del otro, la mejor forma de hacerle ver que lo entiendo es afirmando que «no puedo llegar a imaginar el dolor que éstas sintiendo...», «Imagino que debe ser durísimo...». En algunas de las ocasiones en las que he tenido que acompañar a una persona que ha perdido a un ser querido me he limitado a acercarme y al darle un abrazo susurrarle: «¡Qué duro es!, ¿verdad?». En la mayoría de los casos eso me ha bastado para que esa persona me acepte sin conocerme y después me busque para hablar de su estado. Sin duda, eso es una muestra de que ha comprendido que se le entiende.

No es raro que nos tengamos que enfrentar a reacciones de ira. En estos casos es muy importante que mantengamos la calma, escuchemos, y usemos una «herramienta» más, el *acuerdo parcial*. Con ello demostraremos que todos podemos equivocarnos y rectificar, que aceptamos, en parte, su punto de vista, su reacción.

*Tienes razón...  
Es posible que nos hayamos equivocado... pero...  
Si yo no digo que no sea cierto eso, pero...*

Nuestra conversación tendrá como objetivo, por un lado, permitir el desahogo emocional, y por otro, *proporcionar información útil* que deberá ser concreta (qué, cómo, cuándo, dónde) y breve, orientada al presente y al futuro, sugiriendo lo que se debe hacer y cómo mejorar en los aspectos en los que se pueda estar fallando. Sin embargo, dar información no debe confundirse con sobreproteger. Tendremos que tener siempre presente que nuestra tarea es *ayudar a pensar*, no dar todas las soluciones, sino proporcionar datos para que sea la persona por sí misma la que alcance su solución, y para ello podemos valernos de preguntas que le hagan reflexionar sobre lo ocurrido, lo que hizo, lo que va a hacer, etc.

Por último, y quizá lo más importante de nuestra conversación, será que elijamos el mejor momento y el mejor lugar de los disponibles para hablar con el damnificado. Cualquier conversación que mantengamos, por mucha habilidad que tengamos, estará condenada al fracaso (y ello significa hacer más mal que bien) si no nos detenemos a pensar si es un momento adecuado para acceder a la persona afectada y si estamos en un lugar apropiado (privado, tranquilo, sin estímulos estresantes o amenazantes...). Si es necesario debemos posponer nuestra conversación hasta encontrar el momento más oportuno y el lugar más positivo, lo que dependerá del objetivo de nuestra charla (reforzar, tranquilizar, solicitar colaboración, reprobador alguna acción...).

A lo largo de nuestra experiencia tras una catástrofe, bien seamos uno de los afectados que intenta ayudar a otro, o bien un familiar, un voluntario o un técnico, iremos «echando mano» de estas habilidades según nos sean necesarias, teniendo presente que, por regla general, la escucha activa debe ser la primera de ellas. Pero, además de estas habilidades, hay una serie de recomendaciones que deberemos tener presentes según el momento y la persona con la que nos encontremos. Aunque ya se ha tratado el tema a lo largo de los distintos capítulos, hago aquí un resumen de los mismos por motivos didácticos.

Una primera situación en la que nos podemos encontrar es la tarea de ayudar en el rescate de una persona que puede estar bajo los escombros de un edificio derruido, en un acantilado, dentro de un coche o en un edificio en llamas. Nuestras palabras deben servir para conseguir que esta persona se tranquilice «olvidando» la situación peligrosa que le rodea y para que centre su atención y acción en su rescate. Lo primero que haremos será identificarnos no sólo con nuestro nombre, sino explicándole lo que podemos hacer por él, sobre todo, si somos técnicos en tareas de salvamento. Esto nos servirá para centrar su atención, establecer un diálogo y tranquilizarlo. En los primeros momentos de conversación, será importante conocer el nombre de la persona que intentamos rescatar y dirigirnos a él en todo momento por ese nombre. Las instrucciones que vayamos proporcionando a continuación deberán darse en un tono firme a la vez que calmado, con confianza y seguridad. Los mensajes serán breves y concretos. No hay que olvidar que esta persona se encontrará emocionalmente afectada, con su capacidad para razonar y atender muy mermada. Cualquier progreso que se consiga será animado y agradecido, dejándole claro lo importante que está siendo su colaboración. Otra función que debe tener nuestro diálogo será la de distraer, con el fin de que el sujeto fije su atención lo menos

posible en los estímulos amenazantes que le rodean y que pueden provocarle un ataque de pánico.

### Características de la comunicación durante el rescate

Identificarnos:

«Me llamo Miguel, soy bombero y, si nos ayudas, vamos a sacarte de ahí en seguida».

Conseguir su nombre y dirigirnos a él con el mismo:

«¿Cómo puedo llamarte?».

Dar o solicitar información con mensajes cortos y concretos:

«Bueno, Arturo, dime, ¿desde dónde te llega mi voz?».

«Bien, Arturo, quiero que pases la cuerda por debajo de tus hombros».

Animar:

«Muy bien, lo estás haciendo muy bien».

«Eres muy valiente».

«Eso es, agárrate a mí... ves como eres capaz».

Distraer (con preguntas neutras):

«¿Cómo te has caído?».

«¿Había alguien más en el edificio?».

Además de estas habilidades, existen aspectos que debemos evitar en nuestra comunicación. Entre ellos, debemos estar muy atentos para *no discutir* con la persona ante sus muestras de irritación o de ansiedad. Tampoco nos sirve de nada (salvo para provocar reacciones negativas) intentar que la persona «entre en razón», no olvidemos que en esos momentos sólo se mueve por motivos emocionales. Es importante que *no moralicemos* o culpabilicemos («si no hubieses cogido el coche bebido», «si te fijases más en apagar el fuego»...), no es el momento de buscar responsables, ni es nuestra labor. Por último, no debemos cortar el llanto u otra manifestación de dolor o sufrimiento; lejos de ello, una vez que la persona ha sido rescatada, alejada de los estímulos peligrosos, es un buen momento para tranquilizar y comenzar con su desahogo emocional.

Las habilidades de comunicación se van adquiriendo poco a poco (como toda destreza), practicando. No espere a encontrarse en una situación de bastante dificultad para comenzar a ponerlas en práctica. Esfuércese en utilizarlas a diario (por ejemplo, escuche más, parafrasee lo que le están diciendo...).

No siempre será capaz de utilizar el cien por cien de las habilidades, no se martirice por ello. Téngalo en cuenta y esfuércese más la próxima vez. Por último, si después de una conversación se da cuenta de que lo ha hecho mal, piense cómo debería hacerlo y vuelva a comenzar.



## 10. ¿CÓMO SOBREVIVIR A UNA CATÁSTROFE? ACTITUD

Cuando estaba terminando este manual, un amigo me preguntó si no iba a incluir unas recomendaciones para sobrevivir a una catástrofe. Mi respuesta fue que el manual era de carácter psicológico y no técnico.

Después me puse a pensar en la importancia de los simulacros y en cómo conocer estas técnicas y enfrentarte a tus miedos te hace más resistente a los problemas con los que te puedes encontrar, no sólo porque conozcas las conductas adaptativas, no porque sepas qué debes y qué no debes hacer, sino porque también desarrolla tu autoestima y el autoconocimiento de tus límites, tus debilidades y tus fortalezas.

«El 4 de julio de 2010 me encontraba practicando la pesca submarina en las costas de Marruecos. Mi boya naranja señalizaba mi situación, mi compañero bajaba y subía del fondo marino (a unos 15 metros) no muy lejos de donde lo hacía yo. A un lado tenía la costa rocosa, al otro el barco anclado.

A pesar de ello en una subida después de aproximadamente un minuto de apnea, cuando estaba a punto de llegar a la superficie, adiviné un zumbido y una sombra. Sin saber qué era, ni pensar en ello, alcé mi brazo izquierdo por encima de mi cabeza y una fracción de segundo después el casco de una embarcación caía sobre él y me destrozaba el radio. El traje de neopreno me impedía ver la magnitud de la herida, pero el dolor me decía que la cosa era grave. Unas décimas de segundo después el golpe fue en la cabeza. Afortunadamente, la capucha de neopreno y la inercia de mi cuerpo hacia abajo por el golpe del brazo, amortiguaron este segundo golpe. Mis rápidos pensamientos iban de la incredulidad a la certeza de que en un instante la hélice acabaría conmigo. Un segundo después llegó la alegría al percibir que se trataba de un vehículo propulsado por turbina (me libraba de la hélice). La moto de agua siguió su camino sin percatarse de lo que había ocurrido ni de mis gritos (los primeros fueron insultos).

Permanecí flotando, agarrando mi brazo y gritando intentando que mi compañero me escuchara. Aunque aún no terminaba de creerme lo sucedido (el dolor ya se encargaba de contradecirme) descarté este pensamiento que no me dejaba reaccionar preguntándome qué debía hacer y comencé a aletear boca arriba para mantener el brazo inmóvil sobre el pecho. Siempre nos habíamos planteado cuestiones similares (“¿qué pasaría si...?”) por lo que sabía que el traje me mantenía la posible herida cerrada. También sabía que una pérdida de conciencia en el mar significaba morir rápidamente, por lo que empecé a pensar qué iba a hacer para subir al barco y qué al llegar a puerto (tardamos una media hora de botes incesantes). Aleteaba y me daba ánimos. Hasta el dolor que sentía lo percibía como algo bueno (significaba que no había muerto). Transcurrido un tiempo (no me pregunten cuánto), pasó otra moto de agua a la que pude hacerle señales y cuya cercanía alertó a mi compañero. Lo demás es otra historia.

Creo que lo que me “sacó” de aquella situación fue mi estado mental, por un lado el hecho de que ya había pasado por situaciones difíciles en el mar y me había planteado cómo sobrevivir a otras. Cuando voy a un hotel o a un teatro suelo buscar las salidas de emergencia. Mi mujer suele protestar (“no seas agorero”), pero algún día esa anticipación puede ser la actitud que marque la diferencia. Además, el conocimiento de mis límites me sirvió darme ánimos y creer que podía llegar al barco o avisar a mi compañero. No me quedé helado, no esperé que alguien hiciera algo por mí. Un refrán ruso dice: “Reza, pero no dejes de remar hacia la orilla”. Por último, todo el tiempo pensé que quería seguir viviendo y volver a ver a mi mujer. Esa fue la diferencia.»

# REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acinas, M. P. (2007). Gestión de la información y mensajes a la población en situaciones de emergencia, evacuaciones y simulacros. *Emergencias*, 19, 88-95.
- Alarcón, E., Alcaraz, M.<sup>a</sup> B., Corpas, A., López, A., Montilla, A., Navarro, R. y Soriano, A. (2005). *Intervención psicológica ante situaciones de emergencias y desastres*. Córdoba: Patronato Provincial de Servicios Sociales de Córdoba.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4.<sup>a</sup> ed. (DSM-IV TR). American Psychiatric Press.
- Aranda, J. A. (1997). Intervención psicológica inmediata con víctimas de una catástrofe natural. *Papeles del psicólogo*, 68, 20-29.
- Arroyo Barrantes, S., Rodríguez, M. y Pérez, R. (ed.) (2009). *Gestión de la información y comunicación en emergencias y desastres. Guía para equipos de respuesta*. Panamá: Organización Panamericana de la Salud.
- Barlett, F. C. (1932) *Remembering*. Cambridge: University Press.
- Bisson, J. y Andrew, M. (2005). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(2). Recuperado de <http://www.thecochranelibrary.com/userfiles/ccoch/file/PTSD/CD003388.pdf>.
- Bosch, S. (2007). Trastorno por pérdida de dignidad. *Cuadernos de crisis*, 2(1), 42-49.
- Bru, M. T., Santamaría, M., Coronas, R. y Cobo, J. V. (2009). Trastorno disociativo y acontecimientos traumáticos. Un estudio en población española. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(4), 200-204.
- Butcher, J. N. y Dunn, L. A. (1989). Human responses and treatment needs in airlines disasters. En R. Gist y B. Lubin. *Psychosocial aspects of disaster* (pp. 86-119). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Cohen, R. (1999). *Salud mental para víctimas de desastres. Guía para instructores*. México: Organización Panamericana para la Salud y Manual Moderno.
- Couzin, I. (2007). Collective minds. *Nature*, 455, 715.
- Couzin, I. D., Krause, J., Franks, N. R. y Levin, S. A. (2005). Effective leadership and decision-making in animal groups on the move. *Nature*, 433, 513-516.
- Crocq, L., Doutheau, C. y Sailhan, M. (1987). Les réactions émotionnelles dans les catastrophes. *Encyclopédie Médico Chirurgicale-Psychiatrie*, 37113D, 2-8.
- Duch, M.<sup>a</sup> L., Fortuño, C. y Lacamba, V. M. (1997). Apoyo psicológico: formación e intervención con el voluntariado en desastres. *Papeles del psicólogo*, 68, 30-33.
- Dyer, J., Ioannou, C., Morrell, L., Croft, D., Couzin, I., Waters, D. y Krause, J. (2008). Consensus decision making in human crowds. *Animal behaviour*, 75, 461-470.

- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma: el tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C. y Mayou, R. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(10), 1024-1032.
- Fernández-Millán, J. M. (2005). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Pirámide.
- Fernández, I., Martín Beristain, C. y Páez, D. (1999). Emociones y conductas colectivas en catástrofes: ansiedad y rumor y conductas de pánico. En J. Apalategui, *La anticipación de la sociedad. Psicología social de los movimientos sociales* (pp. 281-342). Valencia: Promolibro.
- Figley, C. L. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Francisco, J. C., Páramo, M. y Gude, F. (1999). Perfil de los intentos de suicidio en el servicio de urgencias de un hospital. *Psiquis*, 20, 13-20.
- Giménez-Torrallba, B. (1996). Psicólogos en la catástrofe de Biescas. *Papeles del psicólogo*, 65, 28-30.
- Guerra, J., Lerma, A., Haranburu, M. y Escalante, M. (2010). *Psicología de emergencias: ¿Qué se puede hacer ante una amenaza de suicidio? Protocolo psicológico de actuación*. 11.º Congreso Virtual de Psiquiatría. Extraído el 30 de junio de 2012. <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/1000>.
- Goiricelaya, E. (1998). *Desastres y medios de comunicación*. Gallarta: Emergencia 112.
- Hernández Mendo, A., Estrella, A., Gálvez, P. y Ortega, I. (2001). Introducción a la psicología de las masas en el deporte. *Lecturas: EF y Deportes. Revista digital*, 31, marzo de 2001. Extraído el 11 de agosto de 2011. <http://www.efdeportes.com/efd31/psmasas.htm>.
- Lazarus, A. A. y Abramovitz, J. E. (1962). The use of «emotive imagery» in the treatment of children's phobias. *Journal of Mental Science*, 108, 191-195.
- Lorente, F. (2002). Programa de entrenamiento urgente para intérpretes en intervención en crisis. *Cuadernos de crisis*, 1(1), 4-8.
- Lorente, F. (2003). El protocolo de evaluación inicial de víctimas directas (PEIVD). *Cuadernos de crisis*, 2(1), 4-7.
- Mahoney, M. y Arnkoff, D. (1978). Cognitive and self control therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 689-722). Nueva York: Wiley.
- Marcks, I. (1981). *Cure and care of neuroses*. Nueva York: Wiley.
- Marín, F. (2005). *Gestión técnica y de la comunicación en situaciones especiales*. Crisis, emergencias y negociación. Madrid: Fragua.
- Markhan, U. (1997). *Cómo afrontar la muerte de un ser querido*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martín, J., Parada, E. y Muñoz, F. A. (2006). Triage psicológico en situaciones críticas con múltiples afectados. En R. Ramos, A. García y E. Parada (eds.), *Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes* (pp. 139-148). Melilla: UNED-Melilla.

- Martín-Beristain, C., Georgia, D., Páez, D., Pérez, P. y Fernández, I. (1999). *Reconstruir el tejido social. Un enfoque crítico de la ayuda humanitaria*. Barcelona: Icaria.
- Moga, V. y Ramos, R. (2006). La IPC en contextos multiculturales. El ejemplo de Melilla. En R. Ramos, A. García y E. Parada (eds.), *Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes* (pp. 213-261). Melilla: UNED-Melilla.
- Muñoz, F. A. (1999). Intervención psicológica en el suicida extrahospitalario. *Psiquis*, vol. 20, 203-206.
- Muñoz-Prieto, F. A. y Álvarez-García, A. J. (2000). Programa de intervención psicosocial para la información a la población en emergencias masivas y catástrofes. *Emergencias*, 12, 41-46.
- Muñoz-Prieto, F. A. y Gómez-Gutiérrez, M. M. (2006). Atención psicológica inicial durante el proceso de duelo. En R. Ramos, A. García y E. Parada, *Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes* (pp. 337-352). Melilla: UNED-Melilla.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Pacheco, T., López, M. E., Pérez, E., Benegas, J. N., Condés, M. D. y Ajates, B. (2006). Estado de salud general y psicosocial de intervinientes tras las catástrofes naturales de indonesia y Pakistán. *Cuadernos de crisis*, 5(2), 43-61.
- Parada, E. (1996). *Avances en psicología comportamental aplicada al salvamento profesional. Seminario de actualización técnico-deportiva*. Madrid: FESS.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Puertas, E. (1997). Psicología, instituciones y catástrofes. *Papeles del psicólogo*, 68, 15-19.
- Ramos, R. (2006). Reacciones conductuales y cognitivas en una catástrofe. En R. Ramos, A. García y E. Parada (eds.), *Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes* (pp. 73-93). Melilla: UNED-Melilla.
- Rivolier, J. (1992). *Facteurs humains et situations extrêmes*. Barcelona: Masson.
- Rourke, M. T. (2007). Fatiga por compasión del personal de los cuidados paliativos pediátricos. *Pediatric Clinics of North America*, 54, 631-644.
- Sigales, S. (2006). Catástrofe, víctimas y trastornos: hacia una definición en psicología. *Anales de Psicología*, 22(1), 11-21.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, M. D., O'Carroll, P. W. y Joiner, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide Life - Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.
- Smith, P., Yule, W., Perrin, S., Tranah, T., Dalgleish, T. y Clark, D. M. (2007). Cognitive-behavioral therapy for PTSD in children and adolescents: a preliminary randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(8), 1051-1061.
- San Juan, C. (2002). Intervención psicosocial en catástrofes: Una perspectiva transcultural. *Cuadernos de crisis*, 1(1), 17-20. Extraído el 23 de diciembre de 2011 de [http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2002/cdc\\_001.pdf](http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2002/cdc_001.pdf).

Referencias bibliográficas

- Sugiman, T. y Misumi, J. (1988). Development of a new evacuation method for emergencies: control of collective behavior by emergent small groups. *Journal of Applied Psychology*, 73, 3-10.
- Teasdale, G. y Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. *Lancet*, 2(7872), 81-84.
- Téllez-Vargas, J. (2006). *Suicidio: neurología, factores de riesgo y prevención*. Colombia: Ciencia y Derecho.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.







---

## OTROS TÍTULOS PUBLICADOS

- ABORDAJE TERAPÉUTICO GRUPAL EN SALUD MENTAL. Experiencia en Hospital de Día, *I. Gómez Jiménez (Dir. y Ed.)*, y *L. Moya Albiol (Ed.)*.
- ANSIEDAD SOCIAL. Manual práctico para superar el miedo, *Vera Guerrero, M.ª N.*, y *G. M.ª Roldán Maldonado*.
- APOYO PSICOLÓGICO EN SITUACIONES DE EMERGENCIA, *J. M. Fernández Millán*.
- LOS CONFLICTOS. Cómo desarrollar habilidades como mediador, *Fernández Millán, J. M.*, y *M.ª del M. Ortiz Gómez*.
- CLAVES PARA APRENDER EN UN AMBIENTE POSITIVO Y DIVERTIDO. Todo rueda mejor si se engrasa con humor, *B. García Larrauri (dir.)*.
- CÓMO POTENCIAR LAS EMOCIONES POSITIVAS Y AFRONTAR LAS NEGATIVAS, *C. Maganto Mateo*, y *J. M.ª Maganto Mateo*.
- CÓMO SOBREPONERSE A LA ANSIEDAD. Un manual práctico para que la ansiedad deje de controlar tu vida, *I. Zych*.
- COMPRENDER LA ANSIEDAD, LAS FOBIAS Y EL ESTRÉS, *J. Rojo Moreno*.
- LA COMUNICACIÓN PARA PAREJAS INTELIGENTES. Cómo comunicarse y tomar decisiones, *R. Roche Olivar*.
- DEJE DE SUFRIR POR TODO Y POR NADA, *R. Ladouceur; É. Léger; y L. Bélanger*.
- DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA EMPRESA. Las claves del éxito, *A. de la Herrán Gascón*, y *D. Izuzquiza Gasset*.
- EL DUELO Y LA MUERTE. El tratamiento de la pérdida, *L. Nomen Martín*.
- EDUCACIÓN SOCIAL Y ATENCIÓN A LA INFANCIA, *M. Fernández Navas*, y *J. M. Fernández Millán*, *A. Hamido Mohamed*.
- EMOCIÓNATE. Programa de educación emocional, *A. Soldevila*.
- EL ESTRÉS EN CUIDADORES DE MAYORES DEPENDIENTES. Cuidarse para cuidar, *M.ª Crespo López*, y *J. López Martínez*.
- FORMACIÓN DE FORMADORES, *P. del Pozo Delgado*.
- GUÍA PRÁCTICA PARA EL MANEJO DE LA ESQUIZOFRENIA. Manual para la familia y el cuidador, *E. Aznar Avendaño*, y *Á. Berlanga Adell*.
- GUÍA DE TÉCNICAS DE TERAPIA DE CONDUCTA, *A. Gavino Lázaro*.
- INICIATIVA PERSONAL. Cómo hacer que las cosas sucedan, *A. Lisbona*, y *M. Frese*.
- LA INFERTILIDAD. ¿POR QUÉ A MÍ? Un problema o un reto en la pareja, *Y. Gómez Sánchez; R. Antequera Jurado; C. Moreno Rosset; C. Jenaro Río; A. Ávila Espada*, y *B. Hurtado de Mendoza y López*.
- INFERTILIDAD Y REPRODUCCIÓN ASISTIDA. Guía práctica de intervención psicológica, *Y. Gómez Sánchez; F. J. de Castro Pita; R. Antequera Jurado; C. Moreno Rosset; C. Jenaro Río*, y *A. Ávila Espada*.
- LIBERARSE DE LAS APARIENCIAS. Género e imagen corporal, *M.ª Calado Otero*.
- MANUAL DE LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA. Saber escuchar, saber preguntar, *C. Perpiñá (coord.)*.
- MENTE ACTIVA. Ejercicios para la estimulación cognitiva gerontológica, *M. Fernández Prieto; A. da C. Soares Sampaio; M.ª Lens Villaverde*, y *J. M. Mayán Santos*.
- MUJERES VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DOMÉSTICA. Programa de actuación, *F. J. Labrador Encinas; P. de Luis; R. Fernández-Velasco*, y *P. Paz Rincón*.
- PEQUEÑO TRATADO DE MANIPULACIÓN PARA GENTE DE BIEN, *J.-L. Beauvois*, y *R.-V. Joule*.
- LA PERSUASIÓN. El arte de influir en las personas, *J. Borg*.
- PLAN ESTRATÉGICO PERSONAL, *M. Á. Mañás Rodríguez*.
- ¿POR QUÉ VÍCTIMA ES FEMENINO Y AGRESOR MASCULINO? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales, *E. Echeburúa Odriozola*, y *S. Redondo Illescas*.
- PROGRAMA PARA EL CONTROL DEL ESTRÉS, *M.ª I. Peralta Ramírez, H. Robles Ortega*.
- PROGRAMA PARA MEJORAR EL SENTIDO DEL HUMOR ¡Porque la vida con buen humor merece la pena!, *B. García Larrauri*.
- ¿QUÉ ES EL ANSIA POR LA COMIDA?, *S. Moreno Domínguez; S. Rodríguez Ruíz*, y *M.ª del C. Fernández-Santaella*.
- ¿QUÉ ES EL PARKINSON? Guía de tratamiento para el lenguaje, el habla y la voz, *M.ª J. Fiuza Asorey*, y *J. M. Mayán Santos*.
- LA REGULACIÓN DE LAS EMOCIONES. Una vía a la adaptación personal y social, *J. M. Mestre Navas*.
- SER GORDO, SENTIRSE GORDO. Claves para el control emocional del peso, *I. Amigo Vázquez*.
- SER PADRES, ACTUAR COMO PADRES. Un reto que requiere formación y tiempo, *J. Olivares Rodríguez; A. I. Rosa Alcázar*, y *Olivares Olivares*.
- SITUACIONES DIFÍCILES EN TERAPIA. *F. J. Labrador Encinas*.
- SUPERAR UN TRAUMA. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos, *E. Echeburúa Odriozola*.
- EL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Manual práctico de tratamientos psicológicos, *A. Gavino Lázaro*.
- El TDAH. ¿Qué es?, ¿qué lo causa?, ¿cómo evaluarlo y tratarlo?, *R. Lavigne Cerván*, y *J. F. Romero Pérez*.
- TRASTORNOS ALIMENTARIOS. Guías de psicoeducación y autoayuda, *M.ª Calado Otero*.
-