

## **PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA: EL PAPEL DEL PROFESIONAL DE LA PSICOLOGÍA EN LAS SITUACIONES DE EMERGENCIA**

MARÍA JESÚS HERNÁNDEZ CONDE  
MARÍA JOSÉ OCHOA CEPERO  
Miembros del GIPEC-COPPA  
Grupo de Intervención Psicológica en Emergencias y Ca-  
tástrofes  
Colegio Profesional de Psicólogos de Aragón





Formación Continuada a Distancia  
Consejo General de la Psicología de España

## Contenido

DOCUMENTO BASE.....	3
Psicología y Emergencia: el papel del profesional de la psicología en las situaciones de emergencia	
FICHA 1.....	21
Comunicación de malas noticias	
FICHA 2 .....	24
Autoprotección del interviniente	

# Documento base.

## Psicología y Emergencia: el papel del profesional de la psicología en las situaciones de emergencia

### INTRODUCCIÓN

La Psicología de Emergencias es un ámbito profesional cada vez más presente en la sociedad actual. Cuando ocurren determinados sucesos, los medios de comunicación informan que los afectados están recibiendo asistencia psicológica como parte de la intervención en la emergencia. Sin embargo, no hay una asignatura específica en el Grado de Psicología, ni tampoco está reconocida como especialidad dentro de la profesión.

A pesar de ello, todo psicólogo puede verse envuelto en una emergencia si es requerido por las autoridades competentes en caso de que se vean desbordados los recursos previstos para actuar. La futura Ley de Protección Civil (Proyecto de Ley 2014) recoge la obligatoriedad de colaborar en tales casos:

*Artículo 6. Deber de colaboración.*

1. Los ciudadanos y las personas jurídicas están sujetos al deber de colaborar, personal o materialmente, en la protección civil, en caso de requerimiento de la autoridad competente de acuerdo con lo establecido en el artículo 30.4 de la Constitución y en los términos de esta ley.
2. En los casos de emergencia, cualquier persona, a partir de la mayoría de edad, estará obligada a la realización de las prestaciones personales que exijan las autoridades competentes en materia de protección civil, sin derecho a indemnización por esta causa, y al cumplimiento de las órdenes e instrucciones, generales o particulares, que aquellas establezcan.

Ya está recogida en la ley vigente la importancia de la atención psicológica en las emergencias:

*Como resultado de la demanda de psicólogos, tanto por parte de los ciudadanos como por parte de las autoridades, al comprobar la alarma social suscitada por la emergencia, la dificultad en la atención directa a los afectados y la dificultad para la vuelta a la normalidad, la Dirección General de de Protección Civil y Emergencias crea este servicio con los siguientes objetivos:*

- ✓ *Desarrollar un modelo de Psicología de Emergencias y Catástrofes*
- ✓ *Analizar y diseñar el Perfil del Psicólogo de Emergencias y Catástrofes*
- ✓ *Analizar el comportamiento humano y recoger las necesidades de índole psicosocial en situaciones de emergencia*
- ✓ *Intervenir operativamente en Emergencias y Catástrofes*

*(Fuente: La Dirección General de Protección Civil y Emergencias. Ministerio del Interior.2008)*

Esta idea se mantiene en el proyecto de ley pendiente de ser aprobado:

*Artículo 16. Definición.*

*Se entiende por respuesta inmediata a las emergencias de protección civil la actuación de los servicios públicos o privados de intervención y de asistencia tras el acaecimiento de una emergencia o en una situación que pudiera derivar en emergencia, con la finalidad de evitar daños, rescatar y proteger a las personas y bienes, velar por la seguridad ciudadana y satisfacer las necesidades básicas de subsistencia de la población afectada. Incluye la atención sanitaria, psicológica y social de urgencia, el refugio y la reparación inicial de los daños para restablecer los servicios e infraestructuras esenciales, así como otras acciones y evaluaciones necesarias para iniciar la recuperación (Fuente: Proyecto de Ley del Sistema Nacional de Protección Civil. 2014).*

También puede ocurrir que un psicólogo sin formación específica en emergencias presencie una situación de este tipo (un accidente de tráfico, por ejemplo) y se haga cargo de la situación mientras llegan los equipos de intervención.

El primer objetivo de este documento es proporcionar un conocimiento básico y ciertas herramientas a todos los psicólogos no formados específicamente en emergencias, pero que pueden verse en situación de intervenir en ellas. Así pues, no se trata de un artículo de investigación, sino de un artículo eminentemente práctico, muy ligado a la expe-

riencia en intervenciones reales. Por ello, se han reducido al mínimo las referencias a autores especialistas en el tema y se ha seleccionado una bibliografía sucinta, relacionada más bien con el trabajo de campo y no con la investigación.

Otro objetivo es difundir la labor de los Grupos de Intervención en Emergencias de los Colegios de Psicólogos de todas las Comunidades y Ciudades Autónomas, que en muchos casos es muy desconocida. Sería deseable que más colegiados se interesaran por su funcionamiento y se plantearan la posibilidad de formar parte de ellos.

Es necesario insistir en que la intervención en emergencias tiene sus propias características y no equivale al trabajo en consulta o en otros ámbitos. Por ello también es interesante que conozca estos aspectos todo psicólogo que tal vez trate posteriormente a un afectado por una emergencia. Saber cómo se trabaja en emergencias, cómo se dan y en qué consisten los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) le ayudará a entender mejor el relato y la reacción de su paciente.

Se podría afirmar que la psicología de emergencias ofrece asistencia psicológica en los primeros momentos del suceso (respuesta inmediata. Art.16 proyecto de Ley PC) con el objetivo de atender el dolor inmediato así como de reducir las posibles consecuencias a medio y largo plazo. A pesar de la apariencia, la psicología de emergencias no es *hacer psicología clínica en la calle*. Ambas tienen zonas comunes, pero también contornos propios que las delimitan. Así, podríamos destacar que:

- ✓ como hemos avanzado, la psicología de emergencias no se realiza en una consulta sino en el lugar del incidente.
- ✓ la intervención se lleva a cabo durante un tiempo limitado en el tiempo (en general no suele exceder de 1 ó 2 días).
- ✓ transcurrida esta breve intervención no hay continuidad ni seguimiento. En el caso de haberla ya no se trataría de psicología de emergencias.
- ✓ la intensidad emocional de las personas con las que se trabaja es mucho más alta.
- ✓ es un trabajo de equipo y que se ejerce en equipo.
- ✓ no hay un plan de trabajo al modo de las sesiones clínicas, aunque hay protocolos. Esta intervención no se puede preparar de antemano. Las situaciones son tan dinámicas que constantemente requieren de improvisación.

## CONCEPTOS BÁSICOS.

Un rápido repaso a los nombres de los Grupos de Intervención Psicológica de los distintos Colegios Profesionales de Psicólogos de España permite comprobar que en todos ellos aparece la palabra “Emergencias”, en muchos de ellos “Catástrofe” y en algunos “Desastre” o “Crisis”.

Parece pues conveniente profundizar en estos términos. Desde el punto de vista del ciudadano, el concepto que se tiene se relaciona con las acepciones correspondientes del Diccionario de la Real Academia Española:

- ✓ emergencia. (Del lat. *emergens*, *-entis*, emergente). 3. f. Situación de peligro o desastre que requiere una acción inmediata.
- ✓ catástrofe. (Del lat. *catastrōphe*, y este del gr. *καταστροφή*, de *καταστρέφειν*, abatir, destruir). 1. f. Suceso infausto que altera gravemente el orden regular de las cosas.
- ✓ desastre. (Del prov. *desastre*). 1. m. Desgracia grande, suceso infeliz y lamentable.
- ✓ crisis. (Del lat. *crisis*, y este del gr. *κρίσις*). 7. f. Situación dificultosa o complicada.

Entre los miembros de equipos de emergencias, las definiciones que se manejan son las que propone en su página web la Dirección General de Protección Civil (<http://www.proteccioncivil.org>):

- ✓ Emergencia ordinaria: Situación producida por un suceso imprevisto o no deseado que motiva la activación de medidas encaminadas a la reducción de sus consecuencias y que únicamente exige la intervención de los servicios públicos de emergencia en actuaciones de carácter ordinario. El número de víctimas y/o daños materiales no es elevado.
- ✓ Catástrofe: A efectos de Protección Civil, la catástrofe es aquella situación en las que los medios y mecanismos que habitual y cotidianamente son utilizados por las autoridades responsables de la subsanación de las situaciones de emergencia, son insuficientes para responder ante un hecho imprevisto, surgido del desencadenamiento de los factores potenciales de riesgo, que provoca una desorganización social, de forma que se causan graves daños a las personas y sus bienes.

Un paso más hacia la precisión de estos conceptos la encontramos en la *Guía Didáctica de Intervención Psicológica en Catástrofes*, de la Dirección General de Protección Civil y Emergencias (2005):

- ✓ Emergencia: situación que aparece cuando en la combinación de factores conocidos, surge un fenómeno o suceso

que no se esperaba, eventual, inesperado y desagradable por causar o poder causar daños o alteraciones en las personas, los bienes, los servicios o el medio ambiente. La emergencia supone una ruptura de la normalidad de un sistema, pero no excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.

- ✓ Crisis: estado delicado y conflictivo en el cual, por circunstancias de origen interno o externo, se rompe el equilibrio y la normalidad de un sistema que favorece su desorganización.
- ✓ Desastre: situación en la que toda la población, de forma indiscriminada, se ve afectada por los hechos infaustos, y la vida social cotidiana se ve alterada. En los desastres los sistemas de respuesta institucionales, públicos y privados, también pueden quedar indemnes y pueden ayudar a la colectividad afectada.
- ✓ Catástrofe: situación en la que un fenómeno infausto e imprevisto afecta a una colectividad de forma global, incluidos sus sistemas de respuesta institucionales. En la catástrofe, los individuos afectados no podrán contar con ayuda institucional, al menos en los primeros momentos, y tendrá que hacer frente a las consecuencias del fenómeno con sus propias fuerzas.

También es interesante comparar las definiciones anteriores con las que aparecen en Proyecto de Ley del Sistema Nacional de Protección Civil (2014), pendiente de aprobación:

*Artículo 2. Definiciones.*

*A los efectos de esta ley, se entenderá por:*

5. *Emergencia de protección civil. Situación de riesgo colectivo sobrevenida por un evento que pone en peligro inminente a personas o bienes y exige una gestión rápida por parte de los poderes públicos para atenderlas y mitigar los daños y tratar de evitar que se convierta en una catástrofe. Se corresponde con otras denominaciones como emergencia extraordinaria, por contraposición a emergencia ordinaria que no tiene afectación colectiva.*
6. *Catástrofe. Una situación o acontecimiento que altera o interrumpe sustancialmente el funcionamiento de una comunidad o sociedad por ocasionar gran cantidad de víctimas, daños e impactos materiales, cuya atención supera los medios disponibles de la propia comunidad.*

En el ámbito de la Psicología de Emergencias, Robles y Medina (2002) clasifican estos términos según el grado de impacto que causan en la población:

- ✓ Emergencia: Fenómeno o suceso que no se esperaba, eventual y desagradable. Potencialmente causa daños o alteraciones a las personas, bienes, servicios o medio ambiente. Se rompe la normalidad del sistema. No excede la capacidad de respuesta de la comunidad afectada.
- ✓ Crisis: aquella situación generada por un evento vital externo que sobrepasa toda capacidad emocional de respuesta. Los mecanismos de afrontamiento son insuficientes y se produce desequilibrio e inadaptación psicológica.
- ✓ Desastre: toda la población de forma indiscriminada se ve afectada. Los sistemas de respuesta pueden quedar indemnes y ayudan a la colectividad. Altera el funcionamiento vital de la sociedad (biológico, orden del sistema, sistema moral y motivación de los individuos).
- ✓ Catástrofe: acontecimientos imprevisibles, brutales y repentinos con graves consecuencias. Gran número de afectados, no necesariamente víctimas mortales. Importantes destrucciones materiales casi siempre. Las consecuencias superan, desbordan o cuestionan los recursos medios de la colectividad. Se produce una importante desorganización social y se precisa ayuda del exterior.

Fernández Millán (2005), propone estas definiciones:

- ✓ Emergencia: situación en la que son suficientes los recursos médicos y de asistencia locales.
- ✓ Crisis: situación en la que un suceso amenaza con alterar el equilibrio personal.
- ✓ Desastre: se necesitan mayores infraestructuras, más heridos, damnificados y mayor coste económico. Supone alarma para la población.
- ✓ Catástrofe: desastre masivo, consecuencias destructivas, mayor extensión. Supone gran esfuerzo y coordinación.

A la vista de las definiciones anteriores, el autor encuentra similitudes entre los cuatro conceptos:

- ✓ Implican pérdida o amenaza de la vida o de la propiedad, perturban el sentido de la comunidad y provocan consecuencias adversas para los supervivientes
- ✓ Precisan intervención que no se puede demorar (situaciones de urgencia).
- ✓ Aparecen reacciones psicológicas similares.
- ✓ Son impredecibles y accidentales
- ✓ Causan sorpresa, indefensión y desestabilización.

## LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EMERGENCIAS

Para abordar los distintos momentos que componen una intervención nos ponemos en la mente de un profesional en psicología que no pertenece a ningún grupo de intervención.

### Preparación previa

Si no pertenecemos a ningún grupo de intervención psicológica en emergencias, pueden darse dos tipos de situaciones en las que nos veamos llamados a intervenir:

1. Se produce un suceso de tal envergadura que, o bien el equipo de intervención psicológica no tiene personal suficiente para abordar la situación, o bien no hay equipo de intervención en esa comunidad, y desde las instituciones se hace un llamamiento general solicitando la presencia de psicólogos voluntarios.
2. De forma inesperada nos encontramos con una situación de crisis o emergencia y hemos de actuar hasta que llegue el equipo de intervención. Aprovechamos para comentar que los equipos de intervención psicológica en emergencias tienen un convenio de colaboración normalmente con el 112 y un protocolo en el que se fijan las condiciones para ser activados. Por ejemplo, el protocolo del GIPEC-COPPA (Aragón) fija que, en el caso de accidentes donde estén implicados adultos (no menores) y no supongan una situación de alarma social, el equipo solo será activado a partir de tres fallecidos (nunca menos de tres).

Veamos a continuación estas dos situaciones con más detalle:

1). Tomamos conocimiento - habitualmente través de los medios de comunicación - de un accidente de gran envergadura y como psicólogos nos planteamos acudir al lugar de los hechos para prestar nuestra ayuda.

Antes de acudir a una emergencia debemos preguntarnos varias cosas:

La primera y más importante: “¿He sido solicitado?”, “¿Se ha hecho un llamamiento general a los profesionales de la psicología para que acudan a intervenir?”

Si no ha habido una petición expresa nuestra recomendación es no acudir.

La mayor parte de los Colegios Oficiales de Psicología cuentan con un equipo de intervención en emergencias internamente estructurado y especializado en este tipo de actuaciones. Y en una intervención en emergencias es muy importante -además de conocer con quién trabajas y cómo trabaja- saber respetar esta estructura, ya que esto ayuda a ordenar el caos que la propia situación de emergencia conlleva.

Si nos presentamos sin haber sido solicitados pueden ser mayores los problemas que generemos (tanto al equipo de intervención como a la situación en sí) que la ayuda que podamos aportar.

En el caso de que sí haya habido una solicitud expresa (normalmente la hace el equipo de intervención a través del Colegio Oficial de Psicólogos de la zona en cuestión), lo siguiente que deberíamos preguntarnos es si tenemos la experiencia necesaria para ser de ayuda, para resultar útil.

Uno de los temores que tenemos algunos psicólogos que intervenimos en emergencias cuando nos vemos obligados a hacer un llamamiento a otros psicólogos es el de quién va a venir. Normalmente no hay tiempo para revisar *currícula* y nos asalta la imagen del psicólogo recién graduado (o peor, a punto de graduarse) o del psicólogo que nunca ha ejercido y que desea iniciarse en el mundo de la intervención psicológica aprovechando bienintencionadamente la situación.

A este respecto, consideramos que no es el mejor contexto para iniciarse en la profesión. La intervención en emergencias requiere de formación específica y si no se dispone de ésta, al menos, de la experiencia acumulada durante el ejercicio de la profesión. Por ello, antes de acudir, uno ha de ser honesto y reflexionar sobre cuestiones como éstas:

- ✓ ¿Tengo experiencia en intervención psicológica? Por ejemplo, aunque la psicología de emergencias no es igual que la psicología clínica, ayuda tener experiencia en este área.
- ✓ ¿Siento que estoy preparado para intervenir en una situación de alto contenido emocional?
- ✓ ¿Tengo capacidad para trabajar en equipo, para ponerme a disposición de otros, para aceptar órdenes...?
- ✓ ¿Me considero una persona con autocontrol (las intervenciones en emergencia suelen estar rodeadas de intensidad emocional y no es infrecuente encontrarnos con situaciones conflictivas e incluso violentas)?
- ✓ ¿Mi momento biográfico, mi situación emocional, psíquica, física... son los adecuados? ¿Me van a sostener?
- ✓ ¿Soy autónomo? Es decir, si acudo, ¿puedo cubrir mis necesidades básicas (alojamiento, manutención, viaje de vuelta...) y emocionales (p. ej. quizá me sienta solo o con falta de referencias personales en las que apoyarme)?

Aunque no debiera ser así, cuando estamos en una intervención, nos centramos en los afectados (evitamos el término “víctima”) y nos solemos *olvidar* de los compañeros intervinientes, a no ser que su estado de malestar sea muy evidente.

- ✓ ¿Siento que tengo capacidad para estar en contacto (y empatizar) con la angustia y dolor extremo del ser humano *manteniéndome a salvo*? O bien, ¿siento que tengo capacidad para estar en contacto (y empatizar) con la angustia y dolor extremo del ser humano y después recuperarme?

Nuestra historia reciente en accidentes aéreos y ferroviarios nos muestra que no es inusual que el que va a ayudar termine superado por la situación y tenga que demandar ayuda psicológica.

Responder con un sí a las preguntas anteriores no asegura nada (ni siquiera nos lo asegura a los que ya tenemos experiencia en estas situaciones), pero es un buen principio.

También sería conveniente:

- ✓ Conocer técnicas de autoprotección (p. ej. saber empatizar, manejar técnicas de relajación...).
- ✓ Conocer los propios límites y respetarlos (p. ej. algunos profesionales no pueden trabajar con niños).
- ✓ Tener habilidades de comunicación (p. ej. manejarse bien con la escucha activa).
- ✓ Saber comunicar una mala noticia.

Si finalmente uno decide ir porque considera que puede ser útil, recomendamos llevar:

- ✓ Mochila de mano con pañuelos, algo de comer, botellín de agua, libreta, lápiz..., documentación que nos acredite como psicólogos y dinero.
- ✓ Ropa y calzado cómodos y adecuados tanto respecto al clima como a la situación (p. ej. se recomienda vestir con colores neutros).

Y una vez allí: Ir al punto de encuentro en el que se reciben y gestionan los recursos humanos, presentarse y ponerse a disposición del equipo que dirige la intervención psicológica. Nunca ir por libre. Esto añade caos a la situación y con frecuencia genera conflictos entre compañeros.

2). En la segunda situación mencionada, aquella en la que casi no cabe el decidir si acudo o no porque estamos ahí y ocurre delante de nosotros, todo lo anterior sobra. No hay situación previa, por lo que pasaríamos a la siguiente etapa: *in situ*.

### Actuación in situ

Las situaciones de crisis o emergencia suelen ser escenarios con mucho movimiento (hay distintos profesionales trabajando, ambulancias, sirenas, gente que camina de aquí para allá,...), un aparente desorden (al menos al principio) y personas afectadas por el suceso que muestran una conducta variada (algunos parecen tranquilos, otros agitados, enfadados...). Nosotros, los psicólogos, disponemos de la ventaja de no tener que correr, ya que de nuestra intervención no depende la vida de nadie. Por ello, hay algo muy importante que podemos aportar a la situación: calma.

La calma y la serenidad equilibran el estrés, el movimiento y el ajetreo propios de la situación, y esto es algo que va a beneficiar a todos los presentes, sean intervinientes o afectados. Así que lo primero que debemos hacer es conducirnos con serenidad. Para ello nos puede servir practicar la respiración consciente o cualquier otra técnica de control del estrés. También debemos poner atención en no dejarnos contagiar por las prisas, el movimiento y el nerviosismo que nos pueda rodear.

### El tú a tú con el afectado

¿Qué nos podemos encontrar?

La respuesta de una persona que acaba de vivir una situación de alto impacto emocional puede ser muy variada. Tal y como repiten todos los manuales, "en una situación anormal, toda respuesta es normal". No busquemos diagnosticar.

Presentamos a continuación un listado de la sintomatología más frecuente ordenado según el canal de respuesta:

A nivel fisiológico:

- ✓ Aumento de la frecuencia cardiaca, la respiración y la presión arterial.
- ✓ Palpitaciones.
- ✓ Sudoración, acaloramiento súbito.
- ✓ Orinar mucho o tener necesidad continua de orinar.
- ✓ Accesos de diarrea.
- ✓ Náuseas o vómitos.
- ✓ Temblor en manos y pies.
- ✓ Hiperventilación y sensación de pánico.

✓ Estupor fisiológico.

A nivel cognitivo:

- ✓ Pensamientos y valoraciones irracionales y/o negativas.
- ✓ Desorganización en el análisis de la información.
- ✓ Dificultades en la toma de decisiones.
- ✓ Focalización inadecuada de la atención.
- ✓ Dificultades en la concentración.
- ✓ Olvido de cuestiones importantes.
- ✓ Sensación de falta de autoconfianza.
- ✓ Sensación de falta de control.

A nivel emocional:

- ✓ Shock emocional.
- ✓ Embotamiento.
- ✓ Ira, irritabilidad, agresividad.
- ✓ Negación.
- ✓ Culpabilidad.
- ✓ Miedo.
- ✓ Ansiedad.
- ✓ Aprehensión.
- ✓ Indefensión.
- ✓ Tristeza.

A nivel conductual: Si imaginamos la expresión conductual a lo largo de un continuo, los polos de éste serían los siguientes:

- ✓ Polo dilatado: hiperactivo, nervioso, precipitado, agitado, caótico, gesticulante, descontrolado... En el caso más extremo nos encontraríamos a la persona que sufre una crisis de pánico y también a aquélla que responde con agresividad.
- ✓ Polo constrictivo: hipoactivo, bloqueado, apático, pasivo, rumiante, lento, inmóvil... En el caso más extremo nos encontraríamos a la persona en shock.

*¿Cuál debe ser nuestra actitud? ¿Qué debemos transmitir?*

Como ya hemos mencionado: calma y serenidad. Y además:

- ✓ Seguridad: trasmitámosle que el peligro ya pasó, que está en espacio seguro, que está en buenas manos, que todos los profesionales presentes son expertos en este tipo de situaciones.
- ✓ Cordialidad, afecto: transmitámosle cercanía, calidez y afecto con nuestro tono de voz, nuestros gestos, nuestra mirada...
- ✓ Respeto: mostrar absoluto respeto por sus ideas, sus temores, sus miedos, sus preocupaciones... Tomémoslas en serio por más extrañas que nos parezcan.
- ✓ Igualdad: que estemos atendiendo a una persona que está sufriendo no significa que esa persona no tenga recursos ni que esté impedida. Mirémosle desde una posición de igualdad, no de superioridad: no tratamos con paternalismo a nadie, no nos sentimos salvadores de nadie, no victimizamos a nadie.

*¿Cómo debemos actuar?*

Si nos han incorporado a un equipo de intervención, el/la coordinar/a del equipo nos asignará a la persona afectada con la que intervenir. Si éste no es el caso, deberemos hacer un triaje: esto es, valoraremos las reacciones de los afectados con el fin de identificar aquéllos que requieran una atención psicológica más urgente. ¿Cómo se valora esto? En caso de duda, nuestro consejo es comenzar la intervención por aquellas personas que muestren un estado de ánimo más exaltado (p. ej. hiperactivos, agresivos...) por su poder desequilibrante, ya que esto puede dificultar el trabajo de los equipos de intervención y además corremos el peligro de que este estado anímico se propague a los demás aumentando el descontrol y la probabilidad de conflictos.

Pautas generales:

✓ **Identifiquémonos:** es importante que todos los que estamos interviniendo en una emergencia sepamos quién es quién y quién hace qué. Esto ayuda a la hora de colaborar y, sobre todo, ayuda a las Fuerzas de Seguridad a mantener la zona protegida de curiosos y de prensa.

Los equipos de intervención llevamos chalecos u otras prendas que nos ayuda a distinguirnos y a ser identificados. Si no disponemos de esta opción, bastará con una cinta adhesiva pegada a nuestra espalda con la palabra PSICÓLOGO rotulada (incluso la hemos llegado a ver en un folio enganchada con imperdibles).

✓ Cuando lleguemos junto a la persona afectada lo primero que haremos será presentarnos (nombre y profesión) y lo segundo, le pediremos su nombre. Con ello intentamos conseguir varias cosas: tenerle identificado (llevar un control), crear vínculo (el vínculo fomenta la colaboración), ayudarle a que “atterrice” al presente...

✓ Estaremos atentos a que sus necesidades básicas estén cubiertas. A veces nos centramos tan rápido en la parte emocional/psicológica que podemos llegar a descuidar aspectos más básicos como el abrigo, la alimentación, la hidratación, el descanso, el alojamiento, la medicación, la necesidad de ponerse en contacto con alguien... Muchas de estas cuestiones serán resueltas por los compañeros de trabajo social, pero esto no quita para que también nosotros les prestemos atención y veamos si están cubiertas.

✓ **Apliquemos nuestras habilidades de comunicación:**

✓ La empatía.

✓ La escucha activa.

✓ El respeto del silencio.

✓ Facilitar la expresión emocional y a poder ser en un lugar protegido de curiosos: el llanto es un poderoso alivio para los sentimientos y evita sentirse extremadamente oprimido.

✓ El uso del contacto físico. El contacto físico facilita las cosas y crea una sensación inmediata de calidez, cercanía y seguridad. Por ejemplo, podemos colocar nuestra mano en su antebrazo mientras se le escucha. No obstante, debemos proceder con cautela, ya que hay personas o culturas a las que esto les puede resultar incómodo.

✓ Un buen manejo de la comunicación no verbal.

✓ Mensajes claros, sencillos y breves. Cuando una persona acaba de vivir una situación potencialmente traumática lo normal es que su capacidad de comprensión, de reflexión, de atención y de retención se encuentre disminuida, por ello los mensajes que emitamos han de ser sencillos.

✓ **Normalicemos.**

Esto significa dar por buenas todas las reacciones, y *todas* significa no solo las del que llora sino también las del que insulta. En este sentido es importante que el interviniente aprenda a tener control sobre sí mismo y no se deje llevar por las posibles provocaciones; que tenga presente que ésta es una reacción más ante la frustración y el dolor que la persona afectada está sintiendo, que no es nada personal contra él ni contra su trabajo y que solo es una forma más de liberar el estrés.

Abrimos un paréntesis para decir que esto también es importante tenerlo presente cuando estas reacciones no provienen del afectado principal sino de un compañero de intervención, ya que el estrés de la situación nos puede afectar a todos. Y de hecho, todos, de una forma u otra, somos afectados.

Hay que entender que una persona que acaba de vivir una situación con graves consecuencias para él, puede actuar movido por emociones muy intensas que deja de controlar. En otras palabras, ha sido raptado por sus emociones, y necesitará un tiempo para volver a tenerlas bajo control.

Estemos cerca de él, acompañándolo y normalizando y normalizándole todas sus reacciones. Esto es especialmente importante cuando presenta lagunas amnésicas o la persona está muy bloqueada y casi no puede articular palabra o cuando la persona está en shock.

Uno de los propósitos de la normalización es transmitirle que sus respuestas son normales y que no se está volviendo *loco*, ya que hay personas que se asustan de sus propias reacciones.

✓ **Ayudémosle a ordenar su mente.**

Éste es uno de los puntos más importantes. Se trata de conseguir que la persona reconstruya el relato de lo vivido. Es el primer paso para que la mente acepte lo vivido.

Aquí nuestra recomendación es que aunque hayamos sido testigos privilegiados del suceso, dejemos que sea la persona afectada la que nos cuente lo que ha ocurrido. Sirvámonos de lo que hemos visto o de la información que nos han dado para guiarla en la reconstrucción de su relato. No nos adelantemos a ella.

En nuestra forma de trabajar, le pedimos que recuerde los momentos previos al incidente (*¿dónde estaba? ¿con quién iba? ¿qué estaba haciendo? ¿de dónde venían?...?*) para que la mente empiece a ordenar desde ese punto, y desde ahí y siguiendo un orden cronológico (*¿y qué pasó después?; pero antes de eso, ¿qué viste, qué ocurrió, dónde estabas...?*) llevarla hasta el momento presente.

✓ Trabajemos los cuatro aspectos de la experiencia:

Siguiendo con la idea de la reconstrucción del relato para facilitar que la persona pueda incorporar lo vivido a su biografía con las menos secuelas posibles, intentamos que la historia sea completa y para ello hacemos un repaso por las cuatro caras de este prisma: el VEO – PIENSO – SIENTO - NECESITO. Esto es, le pedimos:

1. Datos objetivos del suceso (*¿qué viste, oíste...?*). Intentamos que sean lo más objetivos posible, dando por hecho que incluso aquí hay subjetividad.
2. Juicios de valor (*¿qué pensaste?, ¿qué creías que estaba pasando...?*)
3. Emociones (*¿qué sentiste?*)
4. Necesidades y deseos (*¿qué necesitaste?, ¿qué deseabas?*).

Estas preguntas las formulamos también en presente: *¿qué piensas ahora? ¿qué sientes ahora? ¿qué necesitas/deseas ahora?*

Esto no siempre resulta sencillo de realizar en la práctica: a veces la persona está muy excitada o muy aletargada o se muestra muy racional o completamente emocional. Entonces, lo que hacemos es intentar equilibrar. Con el racional intentamos –sin forzar– que nos hable de emociones; con el emocionalmente desbordado, tratamos de llevarle –sin forzar– al pensamiento...

✓ Trabajemos la culpabilidad.

La culpa es un sentimiento muy frecuente (*si yo no hubiera..., quizá él...*) y de difícil manejo.

El fin de todos los psicólogos que trabajamos con la culpa es el mismo: hacer que la culpa no se convierta en la roca de Sísifo. Pero la forma de intervenir puede ser muy distinta, ya que depende, entre otros factores, de la idiosincrasia del psicólogo, de las características del suceso (*¿ha sido realmente él el causante del accidente?*) y de lo que intuimos del intervenido (*¿me está pidiendo que le alivie? ¿me pide que reconozca su “culpabilidad”? ¿para qué le puede estar sirviendo la culpa en este momento...?*).

Como indicaciones generales que pueden servir de guía en el caso concreto de que la persona sea *legalmente* responsable del siniestro, presentamos las siguientes:

- ✓ Hablarle de responsabilidad, no de culpabilidad.
- ✓ Apelar a la intención (*¿tenías intención de invadir el carril contrario...?*)
- ✓ Utilizar la frase: *“si es que..., si pudiéramos saber lo que va a pasar...”* dejándola abierta a la reflexión personal.

Dicho lo anterior, también hay psicólogos que prefieren emplear el mismo término que emplea el afectado (llamar culpabilidad a la culpabilidad), subrayando la ausencia de intención de hacer daño. Consideran que para que la persona no se quede atrapada en la culpa es necesario construir desde ella, sin alivios previos ni enmascaramientos.

✓ Fomentemos la cooperación. Facilitar que las personas se incorporen a las tareas de ayuda mutua mejora el pronóstico de la recuperación.

La mayor parte de los afectados suele mantener un control de la situación y de su propio miedo, llegando incluso a desarrollar conductas generosas y prosociales. Aquí la intervención es sencilla: puede bastar con mantener ciertos contactos para ir testando cómo van evolucionando o, sencillamente, hacerles saber que estamos a su disposición y mostrarnos accesibles.

Pero también nos podemos encontrar con otro tipo de reacciones que nos exijan una mayor atención y un mayor grado de intervención. Esto es lo que ocurre cuando nos encontramos con cualquiera de los polos anteriormente citados. Así:

✓ Ante reacciones dilatadas o hiperactivas: La persona muestra conductas motoras incontroladas, se muestra nerviosa y desordenada, llegando a un estado de exaltación emocional. Puede incluso ir directamente hacia el peligro (“fuga hacia delante”), arriesgando su vida y/o la de otros.

¿Qué hacer?: Reducir la hiperactividad:

- ✓ Reorientarla hacia otra actividad. P.ej. pedirle que nos ayude a traer mantas, a organizar el espacio, a mover sillas...
- ✓ Aplicar técnicas de respiración y de relajación.
- ✓ Pasear con ella rebajando poco a poco el ritmo del paseo.

- ✓ Intentar “contagiarle” calma a través del tono y velocidad de nuestra voz, de nuestros gestos...
  - ✓ Pedirle que nos cuente lo que ocurrió de forma ordenada y con detalles. Con ello queremos cortar los saltos que hace su mente para darle un ritmo más continuo y lineal.
  - ✓ Es muy importante no dejarnos arrastrar por su nerviosismo y su agitación. Combatirlo con nuestra calma.
  - ✓ Asegurarle que ya está a salvo, que está en lugar seguro.
- ✓ Ante reacciones constrictivas o hipoactivas: La persona se muestra apática, sin iniciativa, dócil, desorientada, con conductas próximas al automatismo, sin movilidad o haciendo desplazamientos sin sentido.

¿Qué hacer?: Estimularla:

- ✓ Preguntarle, poner en funcionamiento su mente, su expresión verbal... Podemos comenzar con preguntas cerradas (más fáciles de abordar en un principio) para pasar progresivamente a preguntas abiertas.
- ✓ Le ayudaremos a recordar, a movilizar su memoria.
- ✓ Movilizarle: caminar junto a él. Despertar su motricidad, su coordinación...
- ✓ Normalizaremos su reacción.
- ✓ Hablaremos despacio y con mensajes sencillos para ayudarle a que procese la información.
- ✓ Mostraremos una actitud paciente y sin prisas.

Si la persona se muestra en shock, esto es, con estupor psicógeno, ausencia de motilidad voluntaria, sin respuesta a estímulos externos (luz, ruido, tacto, nuestra voz...):

- ✓ La alejaremos del ambiente traumático.
- ✓ Le haremos sentir que está acompañada: Le podemos coger una mano, hablarle con tono afectuoso y sereno, llamándola por su nombre.
- ✓ Nos presentaremos, le explicaremos qué hacemos ahí y le hablaremos de lo ocurrido diciéndole que ahora está en lugar seguro.
- ✓ Normalizaremos ante ella su reacción (aunque aparentemente no nos escuche).
- ✓ No la dejaremos sola.
- ✓ Intentaremos activarla a través del contacto, avisándoselo de antemano. Así, por ejemplo, podemos comenzar tocándole con cierta presión una mano, para ir subiendo por el antebrazo, el hombro, las mejillas...

Otras consideraciones:

- ✓ Nuestra intervención no ha de interferir con la atención sanitaria u otras intervenciones que en esos momentos sean prioritarias.
- ✓ Debemos evitar los relatos con detalles de impacto emocional, pero no minimizaremos lo ocurrido como si “aquí no hubiera pasado nada”.
- ✓ La soledad crea sentimientos opresivos, así que siempre que sea posible permaneceremos junto a la persona afectada.
- ✓ No haremos comentarios negativos sobre aspectos de la intervención, como por ejemplo, decirle que la ambulancia está tardando demasiado.
- ✓ Y para terminar:
  - ✓ No juzguemos ni censuremos.
  - ✓ No culpabilicemos a nadie.
  - ✓ No permitamos la visión túnel. Sacarle de ahí.
  - ✓ No tengamos prisa.
  - ✓ No cortemos la expresión espontánea (negación, lloros, gritos, rabia, desesperación...) ni intentemos que sea más cabal/razonable.
  - ✓ No intentemos calmarle convenciéndole de que está equivocado en sus juicios o apreciaciones.
  - ✓ No le asustemos ni amenacemos.
  - ✓ No aconsejemos.
  - ✓ No nos pongamos de ejemplo ni le comparemos.
  - ✓ No minimicemos el hecho ni enfatizamos excesivamente los aspectos positivos.
  - ✓ No dramaticemos.
  - ✓ No mintamos ni demos falsas esperanzas.
  - ✓ No favorezcamos dependencias.

### Fin de la intervención. Revisión posterior

La intervención termina cuando el/la coordinador/a del equipo que nos ha integrado así nos lo anuncia, aunque a nivel particular podamos considerar que la intervención sigue siendo necesaria.

Si estamos en la segunda situación, es decir, aquella en la que nos encontramos repentinamente inmersos en la situación, la intervención termina cuando aparece el equipo de intervención (en este caso, haremos el traslado de datos e información) o cuando acuden otros equipos de intervención y el accidentado es trasladado. Hacemos este comentario porque hemos vivido situaciones en las que el interviniente ni respeta los cambios de turno (se siente tan activado y con tanta dificultad para desactivarse que decide continuar por su cuenta, p. ej. acudiendo a un hospital o al velatorio por si alguien necesita de su ayuda) ni el fin de la intervención y sigue actuando, especialmente si ha creado vínculos con sus intervinidos (p. ej., les llama por teléfono, va al hospital a visitarles, se presenta en sus casas...). Entendemos esta forma de actuar porque cuesta cortar de forma abrupta una relación creada en un contexto emocionalmente intenso, pero nuestra experiencia respecto a la autoprotección del interviniente nos aconseja respetar la orden, despedirnos de ellos y remitirlos a los recursos psicosociales públicos que existan en nuestra comunidad, sin hacer seguimientos.

Tras los días posteriores a la intervención vendrá la realización del informe y la puesta en común con todo el equipo de cómo fue la intervención. Es importante que los psicólogos que no pertenezcan al grupo, pero que intervinieron dentro de él, acudan también a esta reunión.

Es el momento de reflexionar sobre lo que se hizo bien, lo que falló, lo que sirvió, lo que habría sido necesario, lo que sobró, qué aspectos descuidamos, en qué se ha de estar más atentos la próxima vez, cómo fue la coordinación, qué dificultades/facilidades encontramos a la hora de intervenir... Esto nos servirá no solo para revisar los aspectos operativos de la intervención (punto importantísimo para otras intervenciones) sino también para descargar tensiones y normalizar emociones acumuladas durante la intervención.

Si nuestra intervención ha ocurrido en la segunda situación –no hay equipo–, aconsejamos:

- ✓ Reducir nuestro nivel de exigencia a la hora de evaluar nuestra intervención (*¿cómo le pude decir eso? ¿cómo no me di cuenta de...? ¿cómo no hice...?*).

La intensidad de estas cuestiones se suaviza mucho cuando se comparten con los compañeros de intervención y uno ve que lo que no se plantea uno, se lo plantea el otro, que todos podemos tener una o más frases inadecuadas, despistes, momentos complicados...

Cuando el que ha intervenido lo ha hecho solo y no tiene referencias que le ayuden a normalizar y a aceptar su actuación, la autocrítica puede acentuarse. En este caso, recomendamos hacer una lectura positiva de nuestra disposición y voluntad por ayudar y apoyarse en ella.

Es importante saber que las siguientes reacciones son normales:

- ✓ Tener dificultades para aceptar que ya no es necesario intervenir. Hay un deseo de seguir trabajando.
- ✓ Tener imágenes o recuerdos invasivos.
- ✓ Recrear situaciones.
- ✓ Que nos cueste volver a la rutina.
- ✓ Seguir analizando nuestra actuación.
- ✓ Tener necesidad de hablar y contar repetidamente lo vivido, o todo lo contrario, no querer hablar del tema.
- ✓ Sensación de no ser entendido por el entorno próximo.
- ✓ Sufrir insomnio.
- ✓ Tener pesadillas.
- ✓ Aumentar el nivel de alerta.
- ✓ Sentirse especial, superior, respecto a los que no han intervenido.
- ✓ Sentirse abatido, angustiado, melancólico, inquieto o más irritable de lo normal.
- ✓ Querer saber de la familia/persona atendida.
- ✓ Cambios de valores, de forma de ver la vida.
- ✓ Presentar sintomatología propia del Trastorno de Estrés Agudo.

Es conveniente pedir ayuda:

- ✓ Si estas alteraciones no disminuyen pasadas 4-6 semanas.
- ✓ Si los síntomas tienen tendencia a aumentar.
- ✓ Si se detectan cambios radicales de personalidad.
- ✓ Si surgen grandes problemas en el ámbito laboral, familiar y social.

También podemos acercarnos al Colegio de Psicólogos de nuestra zona y solicitar hablar con un miembro del equipo de intervención. Su experiencia en estos casos nos ayudará a entender lo que estamos viviendo.

## GRUPOS ESPECIALMENTE VULNERABLES

Las situaciones críticas son sucesos de gran impacto emocional que pueden paralizar los recursos de personas que en circunstancias normales se comportan de manera eficaz. Casi toda persona afectada por una emergencia experimenta alteraciones emocionales en diferente grado (Parada, 2008). Pero hay grupos de población con rasgos de vulnerabilidad que les hacen merecedores de una atención especial en momentos de crisis.

### Niños

En una situación de emergencia los niños son siempre una prioridad. Pero una vez que el niño ha sido rescatado de la situación de peligro y se han atendido sus heridas o sus necesidades básicas (hambre, sed, calor...), muchos profesionales se sienten incapaces de ofrecer al menor el apoyo emocional que necesita para empezar a recuperarse de la situación vivida. Lo mismo sucede cuando el niño no ha estado en peligro o ni siquiera estaba presente en el lugar de la emergencia, pero tiene que afrontar ahora las consecuencias de lo ocurrido (pérdida de sus padres, familiares o de otras personas significativas).

El entrenamiento de los profesionales en emergencias (bomberos, policías, sanitarios...) no suele contemplar estos aspectos. Tampoco la formación en emergencias tiene peso en los planes de estudio de la carrera de Psicología, por lo que parece oportuno presentar unas pautas básicas de actuación.

La capacidad de adaptación de los niños, propia de su condición de seres en desarrollo, es bien conocida. Esto implica una cierta ventaja frente a los adultos cuando es necesario afrontar una situación nueva. Pero sería erróneo considerar que los niños no sufren con la misma intensidad las consecuencias psicológicas de situaciones especialmente traumáticas. Más bien al contrario, los menores son considerados un grupo de alto riesgo en casos de desastres y emergencias.

Es imprescindible recordar que se trata de niños normales que están pasando por una experiencia muy estresante. En general, las manifestaciones intensas de sufrimiento psicológico que aparecen son temporales y no tienen carácter patológico. La mayoría de los niños se recuperará con el apoyo de su familia, sin necesitar ayuda externa posterior. Para favorecer este proceso de restablecimiento del equilibrio, es importante conocer las reacciones que pueden tener los niños y tenerlas en cuenta para movilizar las estrategias de afrontamiento adecuadas.

Cuando se produce la emergencia, la visión que tiene el niño de su mundo como algo seguro y predecible se pierde temporalmente. Así pues, la primera tarea es ayudarle a recuperar la sensación de seguridad perdida. Para ello es fundamental nuestra propia actitud, porque a los niños les afectan mucho las reacciones de los adultos y tienden a reflejarlas y a imitarlas. La primera referencia que los niños buscan es el comportamiento de sus padres o de sus familiares más próximos. Por lo tanto hay que intentar que estos muestren serenidad. Es habitual que los padres pidan a los profesionales presentes alguna orientación sobre cómo actuar con sus hijos en una situación que desborda sus recursos.

Si no hay familiares disponibles, los profesionales presentes, miembros del equipo de intervención, deberán hacerse cargo del apoyo emocional y de transmitir seguridad al niño.

En primer lugar, hay que evitar el error de excluir a los niños de la situación. Hay actitudes erróneas que se dan con mucha frecuencia, como: no hablar con ellos, darles explicaciones increíbles, alejarles físicamente enviándolos a otro lugar... Los niños deben estar informados de lo que ocurre aunque hay que adaptar la explicación a su edad. El temor del niño a lo desconocido es peor que enfrentarse a la realidad, puesto que el niño puede fantasear y crear en su mente la peor situación imaginable o una realidad incorrecta.

Las pautas fundamentales para el adulto (familiar o profesional de la emergencia) en su interacción con el niño durante los primeros momentos tras la emergencia son:

- ✓ El contacto físico es importante con los menores: sentarse a su lado, estar a su altura, abrazarlos...
- ✓ Reafirmarles frecuentemente que están seguros y a salvo.
- ✓ Hablar con ellos sobre lo ocurrido de forma simple.
- ✓ Contarles qué va a ocurrir después (dónde va a dormir esta noche, quién se va a quedar con él, qué van a hacer los demás miembros de la familia...) De este modo disminuyen sus temores.
- ✓ Facilitar que ellos hablen sobre lo ocurrido si necesitan hacerlo (es muy importante darles la oportunidad de preguntar y expresar todo lo que necesiten saber sobre lo ocurrido).

- ✓ No es recomendable obligarles o estimularles a hablar o recordar si no lo desean o si no lo hacen espontáneamente.
- ✓ Escuchar y aceptar los sentimientos de los niños. Los niños tienen derecho a estar tristes, aunque nos resulte doloroso. Recaltar que comprendemos que estén asustados y después atenderlos y tranquilizarlos.
- ✓ No minimizar ni exagerar la situación. Ayudarles a separar lo real de lo irreal (producto de su imaginación).
- ✓ Aclarar que ellos no tienen la culpa de lo que ha ocurrido.
- ✓ Dar respuestas breves, sencillas y apropiadas a su edad.
- ✓ No usar mentiras ni eufemismos, ni expresiones equívocas o ambiguas.
- ✓ No dar falsas esperanzas ni hacer promesas que no se pueden cumplir.
- ✓ No tratar de contestar a preguntas cuya respuesta no conocemos, es mejor reconocer que no lo sabemos.
- ✓ Disponer de tiempo y paciencia.
- ✓ Promover cuanto antes la reunión del niño con sus figuras de apego. Si no es posible contar con los padres, recurrir a un familiar cercano que ofrezca al niño seguridad y confianza.
- ✓ Restablecer cuanto antes la vida cotidiana del niño: rutinas, horarios, porque es algo que aporta seguridad, mientras que los cambios generan ansiedad. Es fundamental que el niño sienta que su mundo no se desmorona y que siguen cuidando de él.
- ✓ Darles tareas apropiadas a su edad, hacer que se sientan útiles.
- ✓ No hablar a los niños de los miedos de los adultos hacia el futuro. Evitar delante de ellos frases como: *“No voy a poder soportarlo”* *“¿Qué va a ser de mí?”*, *“Yo también me quiero morir”*...
- ✓ Los niños expresan sus emociones por medio del juego, de los dibujos, los cuentos... más que a través de palabras. Animarles a que jueguen, dibujen, inventen historias...

Un caso especial son los adolescentes, que tienen la misma capacidad cognitiva que un adulto, pero les falta la experiencia. Ésta es la causa de que en unas ocasiones se comporten como niños y en otras sorprendan por su seriedad. Ante un incidente crítico, prefieren ser tratados como adultos y no como niños. En todo caso hay que tener en cuenta siempre que su capacidad de afrontamiento es menor, por lo que es necesario mantenerse muy pendiente de ellos, pero respetando su espacio.

## Ancianos

La posibilidad de intervenir en una emergencia en la que haya afectados de avanzada edad es alta, dado que el envejecimiento de la población española hace que este colectivo sea cada vez más numeroso. Por lo tanto es imprescindible para cualquiera que intervenga en emergencias estar preparado para esta situación.

Los ancianos son un grupo especialmente vulnerable que necesita especial cuidado en una emergencia. La intervención con ancianos debe ir orientada no solo a preservar su seguridad sino también a facilitarles la vuelta a la normalidad y a manejar las consecuencias psicológicas que el desastre les ha originado.

Para atender apropiadamente a este colectivo en una emergencia, es preciso conocer sus características. Los ancianos mantienen el vocabulario, la información general, el sentido común, el razonamiento aritmético y la personalidad (que tiende a ir hacia los extremos). Por el contrario, pierden razonamiento abstracto, capacidad de aprender, memoria, velocidad de reacción, atención-concentración, control emocional y organización espacio-temporal.

Este aumento de la fragilidad biológica, psicológica y social se concreta en menor capacidad de respuesta a las modificaciones del medio, déficits motores (enlentecimiento, falta de equilibrio, déficit de coordinación psicomotriz, etc.), déficits sensoriales (problemas visuales, deterioro auditivo, pérdida de habilidades olfatorias, trastornos del gusto, etc...), déficits cognitivos y psicológicos (atención, memoria, inteligencia, aprendizaje, lenguaje, etc.) (Lorenzo, 2008).

Además de los cuidados que necesitan todos los afectados por una emergencia (seguridad, calor...) es fundamental tener en cuenta las necesidades especiales de este colectivo: medicación para enfermedades crónicas, gafas, audífonos, bastones... La pérdida de estos elementos, indispensables en su vida cotidiana, aumenta la ansiedad del anciano y bloquea el efecto de la atención psicológica que intentamos proporcionarle. Además, es frecuente que se aferren a objetos que representan parte de su anclaje a su propia historia. Debe facilitarse, si es posible, el que los lleven consigo.

En una emergencia es habitual que los ancianos rememoren pérdidas personales anteriores, que pueden revivir e incluso vivir de forma muy intensa. Pero a la vez, la mayoría de las personas mayores demuestran resistencia y fortaleza ante un desastre precisamente porque ellos han experimentado enfermedades o muertes de seres queridos.

La comunicación con los ancianos en una emergencia tiene que ser respetuosa y comprensiva. Es muy importante no caer en paternalismos ni mostrarse condescendiente. La persona ha sufrido un impacto en su vida, pero no por ello se convierte en alguien absolutamente incapaz (Martín y Muñoz, 2009). Necesitan mantener el sentido de independencia y un cierto grado de control sobre sus vidas.

Es importante superar estereotipos y prejuicios muy extendidos que afectan a la población anciana. Creencias erróneas, como que no merece la pena explicarles demasiado, porque no se van a enterar, pueden complicar la comunicación con ellos. Además, el ritmo rápido con el que es necesario actuar en algunos aspectos de una emergencia (rescate, atención sanitaria) se contagia a veces a la atención psicológica. Esta aceleración es inoperante para comunicarse con ancianos, que responden mejor al ritmo pausado de un profesional que se dirija a ellos con tranquilidad, en tono de voz suave y hablando despacio pero con claridad.

Algunas pautas básicas para una adecuada comunicación con ancianos en emergencias:

- ✓ Identificarnos con claridad y explicar nuestra función de ayuda.
- ✓ Situarnos a su mismo nivel espacial.
- ✓ Hablarles con frases cortas y sencillas, pero sin tratarles como a niños.
- ✓ No utilizar tecnicismos ni palabras que complicadas.
- ✓ Tener en cuenta las diferencias culturales y emplear un lenguaje cortés y respetuoso.
- ✓ No llamarles *abuelo/a*, ni términos semejantes, sino por su nombre.
- ✓ Proporcionar información comprensible acerca de lo sucedido.
- ✓ Repetir la información que el anciano demande cuantas veces sea necesario.
- ✓ Hacer preguntas apropiadas y dar tiempo para contestar, sin dirigirles ni anticiparse.
- ✓ Compartir sus recuerdos, escuchar su relato de lo ocurrido animándoles a hablar.
- ✓ Practicar la escucha activa, aclarando y repitiendo lo fundamental del mensaje.
- ✓ Utilizar el contacto visual y táctil para mantener su atención.
- ✓ Hacer que la persona se sienta comprendida, no juzgada ni criticada.
- ✓ Adoptar una actitud de apoyo incondicional, promoviendo la confianza y la seguridad.
- ✓ Promover la sensación de independencia preguntando si podemos ayudarles y en qué necesitan nuestra ayuda.
- ✓ Reducir los sentimientos de inutilidad que puedan tener no sustituyéndoles en cosas que pueden hacer y generando oportunidades para que se sientan útiles.
- ✓ Proporcionar compañía y afecto; utilizar la comunicación no verbal para transmitir seguridad; evitar el aislamiento.
- ✓ Evitar que el anciano tenga la sensación de depender del interviniente.
- ✓ Tranquilizar en cuanto a que las reacciones que tiene ante la emergencia son normales.
- ✓ Permitirles expresar sus necesidades y preocupaciones, respetando sus tiempos.
- ✓ Facilitar el reconocimiento y la expresión de las emociones experimentadas (miedo, tristeza, rabia...) como algo positivo.
- ✓ Favorecer la reunión familiar y la presencia de personas cercanas.
- ✓ Restablecer las rutinas habituales lo antes posible.

Un caso especial lo constituyen los ancianos con demencia o afectados de cuadros de deterioro cognitivo. En este caso, además de todo lo anterior, es preciso tener en cuenta una serie de aspectos especiales:

- ✓ Mantener una constante supervisión sobre ellos (pueden marcharse sin previo aviso y perderse) o pueden llegar a ser agresivos (como en algún momento en la evolución del Alzheimer).
- ✓ Evitar estímulos como sirenas, luces... que pueden originar confusión.
- ✓ Hablarles lentamente y con frases cortas.
- ✓ Evitar preguntas complejas, buscar respuestas de Sí/No.
- ✓ Mantener el contacto visual.
- ✓ Evitar cambios frecuentes de ubicación.

En muchas ocasiones los ancianos con cuadros de demencia, aun cuando olviden los hechos recientes, pueden reaccionar según patrones de conducta aprendidos en situaciones parecidas previas que pueden reactivar. Es muy importante no minusvalorar el efecto psicológico del trauma sobre los pacientes con demencia.

### Personas con discapacidad

Es preferible el término "persona con discapacidad" que el término "discapacitado": conviene resaltar a la persona por encima de la discapacidad.

Ante una persona que presenta alguna discapacidad, el interviniente debe comprender las características particulares que requiere una comunicación eficaz. Es necesario que las intervenciones se adapten cada tipo de dificultad.

Muchos de los intervinientes en emergencias actúan como si la discapacidad no existiera, porque se sienten muy incómodos ante una situación que les resulta extraña. Esto genera barreras para la comunicación que muchas veces implican errores como: hacer muchas preguntas como mecanismo defensivo para evitar silencios, abuso de eufemismos por no saber cuál es el lenguaje apropiado, trato infantil y sobreprotector... (Lorenzo, 2008).

Dado que los asistentes que atienden en una situación de crisis no siempre están formados en el trato con estas personas, se hace necesario tener en cuenta algunas recomendaciones (Martín y Muñoz, 2009).

Con carácter general, con todas las personas con discapacidad es importante:

- ✓ Realizar la comunicación con educación y respeto.
- ✓ No asumir que la persona necesita ayuda sin haberle preguntado antes. Esperar a que nuestro ofrecimiento sea aceptado antes de actuar.
- ✓ Preguntar cuál es la mejor manera de ayudarle.
- ✓ Evitar actitudes sobreprotectoras; no dar por supuestas la fragilidad y la dependencia.
- ✓ Mirar a los ojos al hablar para demostrar atención e interés. No dudar al saludar. No mirar fijamente.
- ✓ Actuar con naturalidad.
- ✓ Aceptar sin miedo nuestro desconocimiento sobre algunos temas o palabras relacionados con la discapacidad.
- ✓ Emplear las mismas pautas de conversación (escucha activa) y contacto físico que con el resto de personas.
- ✓ Formular preguntas y esperar lo que sea necesario para escuchar la respuesta.
- ✓ No mostrar impaciencia o superioridad.

De forma más específica, se pueden distinguir recomendaciones para distintos tipos de discapacidades.

#### a) Personas con discapacidad visual.

Según el grado de discapacidad puede tratarse de personas con ceguera (pérdida total de la visión) y personas con déficit visual (pérdida parcial). Hay que tener en cuenta que las personas recibimos gran parte de la información sobre la realidad por medio de la vista, por lo que las personas con discapacidad visual necesitan poner en marcha otras estrategias (vía auditiva y táctil, principalmente).

Así pues, es importante en estos casos:

- ✓ Identificarse (con nombre y función) antes de iniciar ninguna acción.
- ✓ Presentar a las otras personas del equipo para que la persona con discapacidad sepa quién más participa.
- ✓ Preguntar el nombre y utilizarlo al hablar con ella para que sepa que no nos dirigimos a otra persona.
- ✓ Empezar por explicarle lo ocurrido, puesto que es probable que no tenga un conocimiento preciso del suceso.
- ✓ Explicarles lo que no puedan percibir sin emitir juicios de valor; cada persona hace sus propias valoraciones.
- ✓ Hablar en tono normal, sin gritar. La discapacidad visual no implica sordera.
- ✓ Colocar la mano en el hombro o en el brazo cuando le hablamos como forma de mostrar apoyo.
- ✓ Al hablarle, mirarle a la cara.
- ✓ Decirle si tenemos que marcharnos, lo mismo cuando regresamos y si llegan más personas.
- ✓ Utilizar términos que pueda comprender, como a la derecha, a la izquierda,,, en lugar de aquí, esto...
- ✓ Expresar verbalmente el asentimiento o la comprensión: Sí, de acuerdo, entiendo...
- ✓ Si hay que acompañar a la persona, preguntar cómo desea que la ayudemos. Como norma general, hay colocarse un poco por delante de ella (nunca por detrás), ofrecer nuestro brazo para que lo coja (nunca coger su brazo).
- ✓ No tocar el bastón (forma parte de su espacio personal) ni al perro guía (necesita concentración para hacer su tarea).
- ✓ Evitar expresiones de lástima o compasión.

#### b) Personas con discapacidad auditiva.

En esta situación, lo primero es averiguar el alcance real de la discapacidad. Hay personas con hipoacusia que mantienen restos de audición y pueden comprender lo que se les dice, aunque sea de manera incompleta. Otras personas presentan sordera y no pueden recibir información por vía auditiva. En estos casos hay que saber si se comunican por lenguaje de signos, si leen los labios, si pueden recibir información escrita... El habla de las personas sordas puede resultarnos difícil de comprender y hacer complicada la comunicación.

La lectura de los labios tiene muchas limitaciones y nunca se entiende la totalidad del mensaje. Además, pueden

existir circunstancias que lo complican aún más, como la mala iluminación, la presencia de elementos de distracción, la mala vocalización.

Si se puede disponer de un intérprete de la lengua de signos, es conveniente:

- ✓ Preguntar cómo quieren sentarse (normalmente el interviniente y el intérprete uno al lado del otro y la persona con discapacidad auditiva enfrente).
- ✓ Respetar los turnos de palabra y no hablar mientras la persona está hablando o escribiendo.
- ✓ Mirar siempre a la persona, no al intérprete, tanto cuando hablamos nosotros como cuando habla el intérprete o cuando habla la persona.

Si la comunicación es directa entre la persona y el interviniente, las recomendaciones más importantes son:

- ✓ Llamar su atención con un leve contacto en el hombro o el brazo (no es educado pasar la mano por delante de los ojos).
- ✓ Ponerse frente a frente, no ocultar la boca, no masticar.
- ✓ No hablar cuando no nos está mirando.
- ✓ Ponernos a su altura.
- ✓ Procurar la mejor iluminación posible para que nos vea la cara.
- ✓ Preguntar si ayuda hablar en voz alta, si no es así, controlar el volumen (se tiende a gritar).
- ✓ Articular bien las palabras y hablar despacio, pero sin exageración.
- ✓ Construir frases breves y sencillas.
- ✓ Utilizar un lenguaje correcto de acuerdo con su edad.
- ✓ Ayudarnos de gestos o de la escritura.
- ✓ Pedirle que lo repita si ha dicho algo que no hemos entendido. No decir que sí hemos entendido cuando no es así.
- ✓ Comprobar que ha entendido lo que hemos dicho preguntándole directamente.
- ✓ Repetir cuantas veces sea necesario, dando tiempo a la persona y respetando su ritmo
- ✓ Actuar con calma y paciencia.

### c) Personas con discapacidad física.

Estas personas presentan dificultades para la ejecución de movimientos, lo que incluye el desplazamiento y la manipulación de objetos. En algunos casos implican también enlentecimiento de procesos como la expresión oral y escrita. Puede implicar la carencia de algún miembro o problemas que afectan a la funcionalidad de los mismos.

Para intervenir adecuadamente en una emergencia con personas con discapacidad física es recomendable:

- ✓ Actuar con naturalidad.
- ✓ Respetar sus ritmos y permitir que se comuniquen aunque tengan dificultades para expresarse y necesiten más tiempo.
- ✓ No sobreproteger ni infantilizar.
- ✓ Usar un lenguaje correcto y apropiado a su edad.
- ✓ Hacer un esfuerzo por entender y comprender.
- ✓ No hacer como que hemos comprendido si no es así.

En el caso de que la persona utilice una silla de ruedas, a las recomendaciones anteriores hay que añadir:

- ✓ Situarnos frente a ella y a su altura, sentándonos si es posible.
- ✓ Si la persona está acompañada, dirigirnos a él y no a su acompañante.
- ✓ No tocar, mover o empujar la silla sin su permiso. Tampoco nos apoyaremos en ella: se considera una prolongación de su espacio personal.
- ✓ Consultarle sobre el manejo de la silla y seguir sus instrucciones para maniobrar.
- ✓ Manejar siempre la silla con calma, sin brusquedad ni excesivamente deprisa.
- ✓ Explicar siempre a dónde le llevamos y por qué.

En el caso de personas que presentan discapacidad del habla:

- ✓ Recordar que las dificultades de habla no implican discapacidad intelectual.
- ✓ No recurrir a comentarios como: *habla más despacio, no te pongas nervioso*, porque generan tensión. Las expresiones de ánimo (*ahora sí te entiendo, lo estás haciendo mucho mejor*) tampoco ayudan, porque la persona se siente evaluada cada vez que habla.
- ✓ Secuenciar las preguntas para que puedan contestarlas de una en una.
- ✓ No fingir que hemos comprendido si no es así.

- ✓ Mantener el contacto visual aunque nos resulte incómodo.
- ✓ Evitar completar las frases. Esperar con calma transmitiendo que lo importante es lo que la persona dice y no cómo lo dice.

d) Personas con discapacidad intelectual.

Esta discapacidad implica un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media. En una situación de emergencia, es frecuente que estas personas no comprendan lo que está ocurriendo y aumentan su temor y confusión. Así pues, es necesario reforzar el mecanismo de comunicación mediante estas pautas:

- ✓ Emplear frases cortas con estructura gramatical básica y vocabulario sencillo.
- ✓ Recurrir a ejemplos, señalar y tocar aquello de lo que estamos hablando. Utilizar ejemplos, dibujos e imágenes.
- ✓ Usar el lenguaje no verbal de forma clara: que nuestra cara y nuestros gestos reflejen con exactitud el mensaje.
- ✓ Controlar distractores como el ruido, que puedan distraer la atención de la persona.
- ✓ Repetir las ideas básicas una y otra vez de distinta manera para ayudar a la comprensión.
- ✓ Informarles de la situación, preguntarles y hacerles partícipes de las decisiones que les atañen.
- ✓ Tener paciencia con el ritmo, a menudo lento, con el que reaccionan.

### Personas procedentes de otros países y culturas

En España viven millones de inmigrantes procedentes de otros países y a la vez visitan nuestro país millones de turistas extranjeros cada año. Por lo tanto, es probable que en algún momento un profesional tenga que intervenir en una emergencia en la que haya personas extranjeras afectadas. Hay que tener en cuenta que con frecuencia estas personas tienen sus redes de apoyo en sus países de origen, por lo que su sensación de vulnerabilidad es mayor. Si además desconocen el idioma, aún es más difícil movilizar sus recursos de afrontamiento.

La primera prioridad es comprobar qué nivel de conocimiento tienen de nuestra lengua o nosotros de la suya. Si no hay posibilidad de entenderse, es necesario buscar un intérprete. En la intervención a través de intérpretes se recomienda:

- ✓ Dirigirse directamente al afectado, no al intérprete.
- ✓ Hacer preguntas sencillas y usar palabras comunes.
- ✓ Dar importancia a la comunicación no verbal: gestos, tono de voz, expresión de la cara.
- ✓ Usar dibujos, señalar objetos... como ayuda a la comunicación.
- ✓ Tener en cuenta que en un intérprete improvisado (un amigo o familiar de los afectados) no está preparado para la situación de alta tensión que genera la emergencia y tal vez no transmita correctamente nuestras palabras.

A veces no es posible contar con un intérprete, pero no hay que asumir nunca que es imposible comunicarse con alguien hasta haberlo intentado.

Tanto si la comunicación es directa como a través de un intérprete, hay que tener en cuenta algunas pautas útiles:

- ✓ Asumir que tenemos prejuicios y expectativas no fundamentadas sobre las reacciones de las personas extranjeras.
- ✓ Tratar de superarlos y no dar nada por supuesto.
- ✓ Aceptar las diferencias culturales sobre la expresión del dolor, el afrontamiento de la situación, las reacciones emocionales..., que pueden resultarnos extrañas o llamativas.
- ✓ Recordar que, aun con las dificultades de comunicación que se produzcan, estamos tratando con personas adultas y competentes. Las técnicas de comunicación son las mismas que con afectados españoles.

Resulta de gran ayuda conocer de antemano algunos aspectos básicos de la cultura de las poblaciones extranjeras más numerosas en España. De este modo se podrá realizar una intervención más eficaz y evitar malentendidos causados por el desconocimiento o por la aplicación de nuestros esquemas a un grupo de población que no los comparte.

Para recabar información previa, se puede recurrir a los mediadores culturales que hay en muchas ciudades o a las asociaciones de personas extranjeras.

Acceptando que esta es una clasificación muy general y que hay matices diferentes entre países englobados en la misma cultura, sería conveniente conocer las culturas: musulmana, subsahariana, hispanoamericana, china y europea del Este.

Ante una posible intervención en emergencia, la situación más delicada es aquella en la que se ha producido una muerte. En el caso de que las personas afectadas procedan de otros países, los aspectos fundamentales que hay que considerar son:

- ✓ Conocimiento o desconocimiento de la figura del psicólogo: diferencia de aceptación si es hombre o mujer, posible estigmatización como enfermos mentales de las personas que recurren a él. En ocasiones es mejor no presentarse como psicólogo, sino como personal de emergencias.
- ✓ Confianza o desconfianza en la sociedad de acogida y sus instituciones. Deseo de ayuda práctica (gestiones, trámites...) o preferencia por recurrir a miembros del grupo de referencia.
- ✓ ¿A quién se comunica la noticia (madre, padre, cónyuge, varón de mayor edad de la familia, persona de referencia del grupo –generalmente el que más tiempo lleva en España-)? Conviene hablar primero con un clérigo de la comunidad.
- ✓ ¿Se comunica la mala noticia a la persona elegida a solas o acompañada de otras personas?
- ✓ ¿Se da la noticia sin mucho rodeo o con más preámbulos?
- ✓ A quién se da el pésame, y la forma de hacerlo (contacto físico o no).
- ✓ Formas de expresión de dolor habituales para su grupo (contención, expresividad...).
- ✓ ¿Qué concepto tienen de la muerte cuando es: accidental, inesperada, violenta... (resignación, voluntad de Dios, confianza en la justicia, búsqueda de venganza...)?
- ✓ Creencias acerca del suicidio (debilidad, locura, vergüenza social, culpabilidad...).
- ✓ Conveniencia o no de ofrecer medicación ansiolítica.
- ✓ Actitud frente a aspectos como: reconocimiento del cadáver, realización de autopsia (miedo a la desfiguración, al robo de órganos), ritos funerarios (incineración, inhumación).
- ✓ Posibles discrepancias entre los rituales funerarios deseados y la legislación española: necesidad de ver el cadáver, plazo para el entierro, velatorio del cuerpo en casa...

## OTROS TEMAS IMPORTANTES

### Los medios de comunicación

Cuando los equipos de intervención somos activados y vamos hacia el lugar del suceso, solemos hacernos una composición de lo que nos podemos encontrar (p. ej. edificio en llamas, corte de la calle, bomberos, ambulancia, vecinos en las ventanas, curiosos tras el cordón policial, desesperación, llantos, dolor, angustia...). Y nos vamos preparando mental y emocionalmente para ello.

Si consideramos, además, que el suceso es de alcance (y esto se suele medir por los daños materiales y humanos provocados), enseguida incorporamos a esta imagen a los periodistas y, como un resorte, se nos disparan todas las defensas, que se resumen en una: *¡cuidado con la prensa! No hablar con ella, o en su defecto, solo habla el/la coordinadora.* ¿Por qué? Entre otras cosas:

- ✓ Por miedo: miedo a hablar más de la cuenta y terminar desprotegiendo a los afectados o a la propia intervención, miedo a las interpretaciones que posteriormente se hagan, a las distorsiones por los *cortes y pegas* del montaje.
- ✓ Porque, con razón o sin ella, muchos tenemos el prejuicio de que solo buscan el lado sensacionalista del suceso para aumentar las ventas sin tener en cuenta el impacto que causan en la sociedad y, especialmente, en las familias.
- ✓ Porque muchos hemos vivido cómo incluyen información falsa (datos inventados, fotos reconstruidas para la ocasión...) buscando - seguimos con el prejuicio - el mismo fin.

Por razones como estas intentamos evitar el contacto para no tener problemas. Pero quizá esta forma de protegernos es la que al mismo tiempo nos pone en peligro, porque lo que resulta claro es que están ahí y seguirán estando ahí. Y si no les damos información, la buscarán (algunos se hacen pasar por intervinientes o por amigos de afectados; o saltan, sin saber cómo, los controles policiales; o buscan la información en fuentes ajenas a la intervención, p. ej. vecinos, personas que pasaban por ahí... poniendo en bandeja el sensacionalismo) o *se la inventarán* cogiendo un trozo de aquí, un trozo de allá y creando un relato; y esto es todavía más peligroso. No hace falta recordar el poder de la prensa y lo complicado que es desmontar un rumor o una falsa noticia (Orbe, 2012).

Evitar a la prensa, a los radios, a las televisiones es una batalla perdida. Así, ya que estamos obligados a convivir, quizá sería más conveniente situarnos en otra posición, aquella en la que demos información real evitando/atajando la creación de historias paralelas que alimentan la rumorología y, además, podamos hacer labor de prevención.

Algunos consejos:

- ✓ No responder a cuestiones ajenas a nuestro ámbito de actuación. Cada operativo debe asumir sus propias cuotas de responsabilidad en materia informativa. Además, si invadimos otras competencias podemos causar conflictos.
- ✓ Que haya una única persona encargada de tratar con la prensa (lo decide el/la coordinador/a) y todos respetemos este hecho.

- ✓ Tener presente que el periodista puede preguntar lo que quiera, pero que nosotros no tenemos obligación de responder.
- ✓ Y que cuando nos pregunten *qué hacemos*, no resumamos nuestra actuación en: “*escuchamos y damos apoyo*”. Porque hacemos más que eso y nosotros los psicólogos sabemos todo lo que hay detrás de esta frase-resumen, pero el público de la calle no, y eso deja nuestra labor muy simplificada. Ampliemos la respuesta, busquemos otra forma de expresarlo: desculpabilizamos, activamos, normalizamos, resituamos, reconducimos, reelaboramos...

### Aspectos legales (procedimientos forenses y judiciales)

Los psicólogos no recibimos formación en este campo, pero es conveniente tener al menos unas nociones básicas, ya que durante la intervención los afectados nos consideran interlocutores válidos y nos van a consultar sobre cuestiones legales, trámites... De la mayor parte de las situaciones de emergencia que implican fallecimiento se hace cargo un Juzgado, y todas las decisiones las toma el juez. Así pues, debemos consultar *in situ* con los demás profesionales presentes (Comisión Judicial, Policía, Trabajadores sociales) pero también resulta útil tener información previa.

La mayor parte de nuestras intervenciones implican una muerte inesperada y este hecho requiere unos trámites que la mayoría de los afectados no ha realizado nunca. Tenemos que estar preparados para contestar preguntas sobre: si es necesario identificar el cuerpo, quién tiene que hacerlo, si es posible verlo antes de la autopsia, después de ella.

También es conveniente saber qué trámites deben hacer los familiares directamente y qué gestiones puede hacer en su nombre la funeraria que se ocupe del traslado. Casi siempre hay que presentar documentación en el Juzgado, de modo que es oportuno saber previamente dónde está. Y es importante tener datos de contacto, información sobre horarios, y otras cuestiones relevantes sobre cualquier otra institución implicada en una emergencia, por ejemplo el Instituto de Medicina Legal o Anatómico Forense de la Comunidad.

# Ficha 1.

## La comunicación de malas noticias

La comunicación de malas noticias es, probablemente, la situación más inquietante para un profesional de las emergencias, pero a la vez es un requerimiento que se nos hace con frecuencia. Todo psicólogo que interviene en emergencias debe estar preparado para comunicar malas noticias sabiendo cómo actuar. No se trata solo de comunicar la noticia de la forma más adecuada posible, sino que es necesario también saber qué hacer después. No podemos decir lo que ha ocurrido y marcharnos. Es fundamental, además de informar adecuadamente a las personas afectadas, ayudarles a asimilar la situación y acompañarlas en el proceso de movilizar sus recursos personales.

Una mala noticia es *“aquella que altera las expectativas de futuro de la persona. El grado de maldad de esta noticia estará determinado por la distancia que separa las expectativas de futuro de la realidad de la situación”* (Gómez, 2008).

En la mayoría de los casos, la mala noticia que tendremos que comunicar es un fallecimiento. Hay otras situaciones de comunicación de malas noticias, como diagnósticos médicos sobre enfermedades fatales o lesiones irreversibles, pero no son informaciones que suelen darse en las primeras horas después de una emergencia, que es el periodo de activación de nuestros equipos.

A nadie le gusta ser mensajero de malas noticias. Pero es imprescindible que los familiares sepan qué es lo que ha ocurrido y es el psicólogo (entre los demás profesionales intervinientes en la emergencia) quien se encarga habitualmente de comunicarlo. Por lo tanto, es conveniente hacer una reflexión previa acerca de por qué nos resulta tan difícil. Según Gómez (2008) el miedo es la emoción dominante en los profesionales en esta situación, un miedo con cinco componentes:

- ✓ Miedo a causar dolor: tenemos la certeza de que así será y sabemos que no vamos a poder evitarlo, aunque nuestra formación vaya dirigida a aliviar el sufrimiento.
- ✓ Miedo a ser culpado: es una reacción muy habitual en los familiares como defensa al dolor, y no podemos hacer más que escuchar y explicar lo que se ha podido hacer, aunque no sea suficiente para calmarles.
- ✓ Miedo a lo desconocido: generalmente, los profesionales no han recibido formación específica sobre la comunicación de malas noticias, y aunque así fuera, cada situación es diferente y genera inquietud.
- ✓ Miedo por empatía: las emociones intensas del receptor de la mala noticia pueden perturbarnos o producirnos contagio emocional, sobre todo si encontramos similitudes entre su situación y la nuestra (hijos de edades similares...).
- ✓ Miedo a decir “no lo sé”: como profesionales estamos acostumbrados a tener respuestas, pero en estas situaciones hay muchas cuestiones a las que no podemos responder y eso nos hace sentir tensos.

Precisamente porque la falta de respuestas aumenta la dificultad de la comunicación de malas noticias, hay que reunir toda la información posible, sobre lo que ha ocurrido y sobre la familia. Aceptaremos también que no vamos a poder saberlo todo ni responderlo todo y perderemos el miedo a decir “no lo sé”. Es preferible admitir que se desconoce una información a aventurar una respuesta que luego resulte ser incorrecta. La pérdida de confianza por parte de quien nos escucha perjudica gravemente a nuestra actuación.

Frente a la comunicación de un fallecimiento, hay algunos factores expuestos por Figley (1999), recopilados por Parada (2008), que ayudan a pronosticar el impacto emocional de una noticia. Hay que tenerlos en cuenta a la hora de preparar nuestra comunicación con la familia. Dichos factores son:

- ✓ Fallecimiento previsible o inesperado. En el contexto que describimos se trata habitualmente de fallecimientos inesperados, que tienen siempre un alto impacto emocional.
- ✓ Relación emocional con el fallecido/lesionado. Los familiares más cercanos son los más afectados y generalmente es a ellos a quienes nos dirigimos. A veces toca informar a un familiar menos próximo, que es el que luego informa a los demás.
- ✓ Personalidad de los familiares. No es fácil saberlo de antemano, puesto que no conocemos a las personas a las que nos dirigimos, pero en un grupo familiar que espera noticias hay que prestar atención a quienes parezcan más afectados y vulnerables.

- ✓ Tipo de muerte: es muy diferente la reacción dependiendo de las circunstancias de la muerte. El factor más importante para los familiares es el sufrimiento que haya acompañado al fallecimiento. Tampoco es lo mismo una muerte accidental que provocada por otro. Según las circunstancias debemos estar preparados para reacciones de aceptación de la fatalidad o de culpabilidad por parte de la familia o de búsqueda de un culpable.
- ✓ Edad del fallecido: implica que cuanto menor es la edad, mayor es el impacto que la muerte supone para los familiares.

Antes de comunicar un fallecimiento, el psicólogo debe llevar a cabo una serie de pasos previos:

- ✓ Reunir toda la información posible sobre el hecho del que tiene que informar, porque los familiares van a hacer muchas preguntas. Es fundamental hablar con los demás profesionales (policías, bomberos, sanitarios...) para poder responder hasta donde sea posible. Está claro que no tendremos respuestas para todo, pero hay que intentar reunir información que ayude a la familia a comprender lo ocurrido.
- ✓ Saber qué familiares están esperando la información: esposa/o, padres, hijos, parientes, amigos. Conocer el grado de parentesco con el fallecido es importante a la hora de preparar la comunicación.
- ✓ Buscar un espacio adecuado, aunque en una emergencia esto suele ser complicado. Sería ideal contar con una habitación tranquila, apartada del frenesí que acompaña a estas situaciones, pero rara vez es posible. Con frecuencia hay que hablar en espacios abiertos o ruidosos o con personas cerca. Es necesario intentar aprovechar lo que haya disponible para procurar privacidad a las personas con las que hablamos: apartarnos un poco de los demás, colocarnos detrás de un vehículo... Lo importante es crear un espacio privado aunque sea de forma simbólica para la expresión del dolor.
- ✓ Pensar en lo que va a decir y cómo va a hacerlo. No se trata de ensayar un discurso, pero sí hay que ser consciente del valor de las palabras, del efecto que tienen en los demás. A pesar del aturdimiento que suele envolver a los afectados por una emergencia, hay numerosos casos de personas que recuerdan con amargura las palabras desafortunadas con las que les comunicaron la muerte de su familiar. No vamos a encontrar palabras "afortunadas", porque no las hay, pero tenemos que utilizar términos que no aumenten el sufrimiento de quien nos escucha.

Para comunicar el fallecimiento, al acercarnos al grupo de familiares, debemos mantener un contacto visual directo y sereno. Empezaremos por presentarnos adecuadamente y preguntaremos quiénes son las personas presentes. En general, se considera conveniente dar estas noticias de forma conjunta al mayor número de miembros del sistema familiar. El apoyo emocional que entre ellos se puedan proporcionar en este contexto será de máxima importancia para la elaboración de la información. Es la red familiar la que juega un papel esencial en la contención de las emociones que cada uno de ellos pueda manifestar (Parada, 2008).

Pero las circunstancias (a veces aún no ha podido llegar nadie más, o los demás miembros de la familia están siendo atendidos por el equipo médico o están muy alterados) pueden determinar que sea necesario informar primero a un representante de la familia, quien lo comunica después a los demás.

En primer lugar averiguaremos qué es lo que nuestro interlocutor ya sabe o sospecha de la situación. No debemos dar por sentado que ya le han informado al menos parcialmente. También prestaremos atención a su forma de expresión para ajustar la nuestra a la suya (es muy recomendable evitar tecnicismos) y a su lenguaje no verbal (para ver cómo reacciona ante nuestras palabras).

En el momento de comunicar la mala noticia, tendremos en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ La información tiene que ser muy clara, y debemos estar absolutamente seguros de la veracidad de lo que decimos.
- ✓ Mientras hablamos, tenemos que comprobar si el oyente comprende lo que decimos
- ✓ Nos referimos siempre al fallecido por su nombre.
- ✓ Debemos darle la ocasión de interrumpir y de preguntar.
- ✓ La información se proporciona de forma graduada: accidente- gravedad de las lesiones- intentos de reanimación- fallecimiento.
- ✓ Se usan las expresiones "muerte", "ha muerto" y el nombre del fallecido.

Es importante también evitar errores que con frecuencia se cometen en la comunicación de malas noticias.

- ✓ No utilizar frases que culpabilicen a nadie.
- ✓ No dar información de la que no estamos seguros.
- ✓ No dar falsas esperanzas.
- ✓ No entretenerse en conversaciones triviales.

- ✓ No intentar minimizar la situación.
- ✓ No emitir juicios de valor.
- ✓ No usar palabras de alto contenido emocional ni proporcionar detalles innecesarios (*ha quedado destrozado*).
- ✓ No perder la serenidad.
- ✓ No utilizar frases de relleno.
- ✓ No llevar pertenencias de la víctima a la notificación.
- ✓ No usar expresiones como “expiró”, “pasó a mejor vida”, “ya no está entre nosotros”...
- ✓ No hacerlo por teléfono, a no ser que la prensa se vaya a adelantar.

Después de la comunicación del fallecimiento debemos observar las reacciones de los familiares, que pueden ser muy diversas. En general, lo que vamos a encontrar más a menudo es negación, incredulidad, sentimientos de irrealidad como si se viera desde fuera, aturdimiento, bloqueo emocional, impotencia, culpa... Con frecuencia van acompañadas de llanto, gritos, enfado... Todas estas respuestas por parte de las personas son reacciones normales que forman parte del proceso de duelo que se acaba de iniciar y debemos respetarlas, siempre que no pongan en peligro la integridad física o mental del afectado o de los demás.

Nuestro papel será ahora acompañar a los familiares en su dolor empleando las habilidades de escucha activa. Nos centraremos en respetar el ritmo que ellos marquen, respondiendo con sinceridad a las preguntas que nos hagan y compartiendo el silencio cuando lo prefieran. Tenemos que estar cercanos y disponibles, pero no hay que adoptar un papel protagonista ni fomentar la dependencia hacia nosotros. Más bien tenemos que facilitar el apoyo mutuo entre los familiares según la dinámica propia del grupo familiar. Es mejor preguntar en qué podemos ayudarles haciendo ofrecimientos concretos: llamar a alguien, acompañarles en alguna gestión (identificación del cadáver – si es necesario-, recepción de pertenencias del fallecido...).

También es conveniente dirigirse a los familiares de parentesco menos directo, que son los que normalmente se encargarán de los aspectos prácticos en los días posteriores, para informarles de las posibles reacciones que pueden presentarse más adelante. Hay un contraste llamativo entre el número de personas que intervienen en la emergencia para ayudar en todo lo posible y la falta de recursos para seguir apoyando a las familias apenas unos días después. Por lo tanto, es importante informar sobre recursos de ayuda psicológica a los que puedan recurrir más adelante, tanto en los Centros de Salud de la zona como en asociaciones de afectados o en grupos de duelo. Si se dispone del material necesario, puede entregarse algún folleto sobre el proceso de duelo. No debemos olvidar que nuestra intervención no se prolonga en el tiempo, porque los protocolos de activación de los grupos de emergencias duran frecuentemente horas (un par de días, a lo sumo), antes de que sean otros los que se encarguen de la atención a los afectados.

## Ficha 2.

### La atención a los intervinientes en las emergencias (Bomberos, Policía, Protección Civil...)

En las situaciones de emergencia se concentran una serie de factores – distintos cuerpos de intervención actuando e intentando acoplarnos con todo el movimiento y, a veces, tensión que esto conlleva; fallecidos; el sufrimiento de los supervivientes, familiares, amigos... ; las circunstancias de las muertes (niños, suicidios...); información escasa o contradictoria; condiciones atmosféricas adversas; intervenciones en condiciones peligrosas; el cansancio; la presencia de los medios de comunicación... – que activan todos nuestros recursos físicos, mentales y emocionales; y que pueden llegar a agotarnos, a afectarnos. Además son situaciones tan cambiantes que el interviniente consciente o inconscientemente está permanentemente activado para poder reaccionar ante los imprevistos que se van a dar.

#### Factores de riesgo en emergencias

Presentamos a continuación los principales factores de riesgo que acompañan a los equipos de intervención en emergencias. Se trata de un listado general, ya que cada operativo tiene sus propios riesgos (p.ej. bomberos y sanitarios comparten unos riesgos, pero no otros).

##### a) Factores personales:

- ✓ Inclinación al perfeccionismo.
- ✓ Generar altas expectativas en las intervenciones.
- ✓ Baja autoestima.
- ✓ Idealización de la ayuda que se presta a las personas vulnerables.
- ✓ Minimizar los resultados que se obtienen, aumentando la sensación de impotencia.
- ✓ Dificultades para decir “no” a determinadas tareas.
- ✓ Excesiva responsabilidad.
- ✓ Búsqueda de sensaciones y asunción de riesgos.
- ✓ Búsqueda de gratificación inmediata.
- ✓ Poca tolerancia a la frustración.
- ✓ Dificultad para mantener relaciones sociales.
- ✓ Carecer de red de apoyo social y familiar consistente.
- ✓ Escaso desarrollo de habilidades sociales.
- ✓ Inadecuados mecanismos de afrontamiento.
- ✓ Inseguridad.
- ✓ Falta de equilibrio personal.
- ✓ Estar atravesando un momento delicado en la vida personal.
- ✓ Malas condiciones físicas.
- ✓ Experiencia de fracaso en intervenciones anteriores.

##### b) Factores relacionados con el incidente:

- ✓ Lesiones graves o muerte de compañeros.
- ✓ Accidente con múltiples víctimas.
- ✓ Intervenciones que originan lesiones o muertes en afectados.
- ✓ Muertes o lesiones traumáticas en niños.
- ✓ Incidentes con excesivo interés por parte de los medios de comunicación.
- ✓ Víctimas conocidas del interviniente.
- ✓ Resultados negativos tras intensos esfuerzos.
- ✓ Vivencia de situaciones similares a las que está viviendo ahora y que no están elaboradas.

c) Factores relacionados con el contexto de trabajo:

- ✓ Falta de información.
- ✓ Falta de medios (humanos y materiales).
- ✓ Desconocimiento del campo de actuación.
- ✓ Inadecuación del perfil con la actividad.
- ✓ Falta de rotación en la tarea.
- ✓ Presiones de trabajo.
- ✓ Falta cohesión grupal.
- ✓ Condiciones de falta de seguridad personal.
- ✓ Existencia de conflictos con los mandos o compañeros.
- ✓ Turnos de trabajo inadecuados.
- ✓ Carencia de pausas o descansos.
- ✓ Climatología adversa.

### Sintomatología

Es importante que el que interviene en emergencias conozca y reconozca su respuesta de estrés para que pueda manejarla. A continuación mostramos un listado de la sintomatología más frecuente:

a) A nivel fisiológico:

Respiración agitada o palpitaciones, náuseas, trastornos digestivos, diarrea y pérdida de apetito, sudores, escalofríos, temblores musculares, contracción muscular, manos frías o sudorosas, dolor de cabeza, problemas de espalda o cuello, perturbaciones del sueño, malestar estomacal, gripes e infecciones, fatiga, temblores, boca seca, opresión en el pecho...

b) A nivel emocional:

Las respuestas más frecuentes son aquellas relacionadas con sintomatología ansiosa y/o depresiva.

Así es frecuente encontrar estados de tristeza, cambios de humor, apatía, sentimientos de impotencia, vulnerabilidad e inadecuación, frustración, tener dificultad para expresar sentimientos, anestesia afectiva, miedo a perder el control, irritabilidad, agresividad, culpabilidad, nerviosismo...

c) A nivel cognitivo:

Podemos encontrar confusión, desorientación, problemas de concentración y de memoria, olvidos, lentitud de pensamiento, dificultad para pensar y tomar decisiones, pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y un futuro que es visto como desolador, excesiva autocrítica, pensamientos repetitivos e intrusivos, excesivo temor al fracaso, presencia de *flashbacks* sobre sucesos impactantes, sueños recurrentes sobre un tema determinado u otros sueños traumáticos, amnesia retrógrada y selectiva, alucinaciones...

d) A nivel comportamental y social:

Es frecuente el aislamiento de la familia y amigos, la pasividad o hiperactividad y la incapacidad para descansar, el llanto, las reacciones impulsivas, la risa nerviosa, el trato brusco hacia los demás, un cambio en el comportamiento habitual, el aumento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, el aumento o disminución del apetito, la pérdida de interés por cosas que antes eran gratificantes...

### Un caso especial: El burnout

Debido al contacto continuado con los aspectos más dramáticos de la vida, las personas que trabajan en intervención en crisis y emergencias pueden presentar *burnout*. Algunas de las variables precipitadoras de este cuadro son:

- ✓ Ser parte de la crisis colectiva
- ✓ Exposiciones repetidas a experiencias terribles.
- ✓ Realizar tareas física, psíquica o emocionalmente difíciles, agotadoras o peligrosas.
- ✓ Dormir poco y sentirse cansado.
- ✓ Tener la sensación de no poder hacer siempre lo suficiente.
- ✓ Sentirse culpable por tener acceso a comida, alojamiento, etc.
- ✓ Enfrentar dilemas morales y éticos.
- ✓ Estar expuesto a la ira y falta de gratitud.
- ✓ Estar desvinculado del sistema de apoyo personal.

✓ Sentirse frustrado por las políticas y decisiones de los superiores.

Se consideran signos de alerta de agotamiento los siguientes:

- ✓ Desmoronamiento de los ideales.
- ✓ Cinismo.
- ✓ Sentirse poco apreciado o traicionado por la organización.
- ✓ Abatimiento.
- ✓ Sentimientos exaltados acerca de la propia importancia.
- ✓ Comportamiento heroico pero imprudente.
- ✓ Descuidar la seguridad personal y las necesidades físicas.
- ✓ Desconfiar de los compañeros.
- ✓ Comportamiento antisocial.
- ✓ Cansancio excesivo.
- ✓ Incapacidad de concentrarse.
- ✓ Síntomas de enfermedad o malestar.
- ✓ Dificultades para dormir.
- ✓ Ineficiencia.
- ✓ Consumo excesivo de alcohol, tabaco o fármacos.

En la prevención del estrés hay dos protagonistas principales:

- ✓ la institución (entidad, organización, empresa...) a la que pertenecemos y que, en buena parte, es responsable de las condiciones laborales en las que trabajamos.
- ✓ y nosotros mismos.

Veamos a continuación qué pueden hacer desde mi entidad y qué podemos hacer nosotros en la prevención del estrés.

¿Qué puede hacer mi institución?:

- ✓ Ofrecer formación actualizada y continuada sobre:
  - ✓ las actividades/tareas que implican el desarrollo de la profesión.
  - ✓ la ansiedad y estrés: qué es la ansiedad/el estrés, cuáles son las respuestas más habituales y las formas de control (ej., técnicas de respiración, de visualización, de relajación, el uso del humor, el pensamiento positivo...)
  - ✓ Primeros Auxilios Psicológicos (PAP): uno de los aspectos que más estresan al que interviene en emergencias es no saber qué hacer con el dolor y la angustia de los afectados.
- ✓ Asignar a cada miembro del equipo una tarea atendiendo a sus capacidades.
- ✓ Favorecer las relaciones positivas dentro del equipo.
- ✓ Crear un buen clima de trabajo.
- ✓ Realizar pausas y turnos de trabajo (obligados).
- ✓ Apoyo mutuo.
- ✓ Si se detecta *in situ* a un compañero con respuestas de ansiedad o manifestaciones de estrés:
  - ✓ Apartarle y llevarle a un lugar sin estímulos agresivos.
  - ✓ Preguntarle, escucharle, "normalizarle", apoyarle.
  - ✓ Proporcionarle un descanso (media hora o el tiempo que requiera) o cambiarle de tarea.
- ✓ Tras la intervención, y por protocolo, realizar prácticas de desactivación como p.e j. *defusing* o *debriefing*.

¿Qué puedo hacer yo?

- ✓ Llevar una vida sana: alimentación, sueño, deporte, ocio... que equilibre el desgaste laboral.
- ✓ Preocuparme por formarme y aumentar mi profesionalidad.
- ✓ Mantener relaciones sociales que me sirvan de apoyo.
- ✓ Conocer mis límites.
- ✓ Rebajar el perfeccionismo.
- ✓ Disfrutar de la vida.
- ✓ Revisar mi forma de pensar: identificar ideas distorsionadas y creencias irracionales.
- ✓ Aprender a manejar un estilo asertivo.

- ✓ Saber manejar la empatía y la empatía
- ✓ Usar la protección del rol.
- ✓ Practicar las técnicas de manejo de estrés.

## REFERENCIAS

- Cruz Roja. (2010) *Manual de apoyo psicológico*. Madrid: Prentice Hall
- Fernández Millán JM. (Coord.) (2005) *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Pirámide
- Fernández Millán, J. M. (2013) *Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes*. Madrid: Pirámide
- Gómez Gutiérrez, M.M. (2008); *Comunicación de malas noticias en E. P., Psicología y emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. (pp.294-321); Bilbao: Desclée de Brouwer
- Herman, J. (2004) *Trauma y recuperación*. Madrid: Espasa
- Kroen, W.C. (2002) *Cómo ayudar a los niños a afrontar la muerte de un ser querido*. Barcelona: Oniro
- Lorente, F. (2008) *Asistencia psicológica a víctimas*. Madrid: Arán
- Lorenzo Ruiz, N. (2008); *Comunicación con otras "poblaciones especiales" (personas mayores, personas con discapacidad, personas extranjeras) en E. P., Psicología y emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. (pp.248-292); Bilbao: Desclée de Brouwer
- Martín, L y Muñoz, M. (2009) *Primeros auxilios psicológicos*. Madrid: Síntesis
- Nomen, L. (2008) *Tratando el proceso de duelo y de morir*. Madrid: Pirámide
- Orbe, I. (2012) *Emergencias y Medios de comunicación*. Arkaute. Akademia.
- Pacheco, T. (2013) *Técnico en emergencias sanitarias: Apoyo psicológico*. Madrid: McGraw- Hill
- Parada, E. (Coord.) (2008) *Psicología y emergencia. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia*. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Ramos, R y García, A. (2002) *Intervención psicológica en desastres con niños*. Granada: Grupo Editorial Universitario
- Robles, J.I. y Medina, J.L (2002). *Intervención psicológica en catástrofes*. Madrid: Síntesis
- Sáinz, Á. y Nomen, L. (Coord.) (2012) *Tratando situaciones de emergencia*. Madrid: Pirámide
- Valero, M., Gil, J.M., García, M. (2007) *Profesionales de la psicología ante el desastre*. Castellón: Universitat Jaume I