

Cuadernos de **CRISIS** y emergencias

Revista semestral de la
psicología de las emergencias
y la intervención en crisis

Presentación SEPADEM
Sociedad Española de Psicología
Aplicada a Desastres, Urgencias y
Emergencias

Alfredo Guijarro Olivares

**Consideraciones psicoterapéuticas
constructivo evolutivas en niños y
adolescentes frente al trauma
psicosocial por situaciones de
desastres naturales**

Rodrigo Andrés Mardones Carrasco

**Transferencia de conocimientos:
formación de profesionales de salud
mental ante desastres en nicaragua**

García-Renedo, M.; Martínez López, S; Gil-Beltrán,
J. M; Valero-Valero, M; Lázaro Guillamón, C y
Rodríguez Cruz, J

Comunicación de malas noticias

Unitat d'Assistència i Intervenció en Crisi del Cos
de Mossos d'Esquadra

Cuadernos de Crisis

La revista electrónica con contenidos para los profesionales de la psicología de las emergencias y la intervención en crisis.

Nuestras páginas acogen material relacionado con la gestión de las emergencias desde la perspectiva de la intervención psicológica, la gestión del estrés en situación crítica y en particular al trabajo que prestan en este campo los profesionales de la psicología, las consecuencias y efectos de los incidentes traumáticos sobre la población afectada y los profesionales que intervienen en ellos, así como las técnicas usadas para su mitigación o abordaje.

Acogemos también trabajos que contienen elementos comunes o fronterizos con la teoría y la práctica de la intervención psicológica en emergencias.

Suscríbase gratuitamente en la siguiente dirección:

suscripciones@cuadernosdecrisis.com

Cubierta

Bomberos de Girona preparando la campaña de incendios forestales

Fotografía original Ferran Lorente

Aún cuando existe un arbitraje previo a su publicación, Cuadernos de Crisis no está obligatoriamente de acuerdo con las opiniones vertidas en nuestros contenidos, la responsabilidad de los cuales recae únicamente en sus autores.

Dirección

Ferran Lorente i Gironella.

felogi@telefonica.net

Psicólogo consultor de emergencias.

Natxu Brunet i Bragulat.

natxu.b@gmail.com

Psicólogo consultor de emergencias.

Jefe de la "Unitat d'Assistència i Intervenció en Crisi".

Generalitat de Catalunya.

Direcció General de Policia.

Consejo de redacción

Dr. Luis de Nicolás y Martínez.

Doctor en Psicología

Catedrático de la Universidad de Deusto.

Jordi Vilamitjana i Pujol

Filólogo, periodista y escritor especializado en emergencias

Diari de Girona.

Agusti Ruiz i Caballero

Médico de emergencias. Especializado en medicina hiperbárica.

Director Gerente de l' Institut d'Estudis Mèdics (IEM)

Josep Garre i Olmo

Psicólogo y epidemiólogo

Hospital de Sta. Caterina. Girona

Fernando A. Muñoz Prieto

Psicólogo

Director de IPSE-Intervención Psicológica Especializada

Contacto

info@cuadernosdecrisis.com

Sumario

PRESENTACIÓN SEPADEM

Sociedad Española de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias
Alfredo Guijarro Olivares.

CONSIDERACIONES PSICOTERAPÉUTICAS CONSTRUCTIVO EVOLUTIVAS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES FRENTE AL TRAUMA PSICOSOCIAL POR SITUACIONES DE DESASTRES NATURALES

Rodrigo Andrés Mardones Carrasco.

TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTOS: FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD MENTAL ANTE DESASTRES EN NICARAGUA

García-Renedo, M.; Martínez López, S; Gil-Beltrán, J. M; Valero-Valero, M; Lázaro Guillamón, C y Rodríguez Cruz, J**

COMUNICACIÓN DE MALAS NOTICIAS

Unitat d'Assistència i Intervenció en Crisi del Cos de Mossos d'Esquadra

Editorial

Es para esta revista un grato deber, el anunciar la constitución de la Sociedad Española de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias (SEPADEM), de cuya junta los dos codirectores de "Cuadernos de Crisis" nos honramos en formamos parte.

Dicha asociación responde a la necesidad de agrupar los esfuerzos de nuestro colectivo para conseguir superar los retos que tenemos planteados. Primordialmente la profesionalización de la especialidad y su reconocimiento como tal.

La SEPADEM está elaborando una web para que sirva de imagen corporativa y punto de contacto con los asociados y los profesionales potencialmente interesados. A ella nos remitimos y en su momento estableceremos el correspondiente enlace.

Por el momento solo felicitarnos y felicitar a la junta representada por su presidente don Alfredo Guijarro, profesional de reconocida trayectoria, por tan grata noticia, por este motivo le hemos pedido una colaboración escrita que sirva de presentación formal de la entidad.

En otro orden de cosas nos referiremos a los trabajos presentados en este número y que esperamos resulten interesantes y útiles a nuestros lectores.

Rodrigo Andrés Mardones, de la Universidad de Chile, nos propone un trabajo de título sugerente "Consideraciones psicoterapéuticas Constructivo Evolutivas en niños y adolescentes frente al trauma psicosocial por situaciones de desastres naturales".

M. García Renedo et al. nos presentan su experiencia de cooperación en Nicaragua "Transferencia de conocimientos: formación de profesionales de salud mental ante desastres en Nicaragua".

Yolanda Bernardo y Natxu Brunet , en su calidad de psicólogos de la policía autonómica catalana, nos aportan su experiencia en la "Comunicación de malas noticias".

Iniciamos en paralelo a este número una nueva área, se trata de "Ediciones de Crisis". En ella incluiremos los trabajos que por sus dimensiones no se ajusten al formato propio de la revista.

Dos trabajos inician esta , el primero pertenece a Ferran Lorente y consiste en un manual de prevención y afrontamiento de las situaciones de agresividad en las urgencias sanitarias, esperamos que sea de utilidad para nuestros lectores, dado el alarmante crecimiento de este tipo de situaciones en nuestros establecimientos sanitarios.

Quisiera comentar especialmente el segundo trabajo, pertenece a M^a del Mar Ospina, debido a su formato (trabajo de grado) nos ha resultado difícil de incluir como artículo y hemos ido posponiendo su publicación, la creación de "Ediciones de Crisis y Emergencias" nos ha resuelto el problema. Por su interés, y porqué no una cierta vanidad ya que dicho trabajo toma a nuestra publicación como sujeto de estudio, hemos decidido publicarlo tal cual nos ha sido enviado, a fin de que nuestros lectores no pierdan los detalles a lo largo de sus ciento veinte páginas.

Mucho material pues para llenar este, esperamos, largo y cálido verano.

Presentación SEPADEM

Sociedad Española de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias

Alfredo Guijarro Olivares.

Presidente de la Sociedad Española de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y
Emergencias, SEPADEM



“Un viaje de tres mil leguas empieza con un solo paso” (Proverbio chino), eso debe ser lo que pensamos ocho psicólogos del mundo de la emergencia cuando hace un par de años nos embarcamos en la aventura de crear una Sociedad Profesional de Psicología de Emergencias, la Sociedad Española de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias (SEPADEM). Este viaje tuvo su primera parada el 26 de septiembre de 2009, en unas reuniones itinerantes por una biblioteca pública, puesto que no teníamos local, rubricando la firma del acta fundacional en el despacho de uno de los fundadores.

Desde el primer momento nos hicimos una serie de preguntas, para fijar la líneas maestras de actuación de nuestra sociedad; tomando como guion al poeta Rudyard Kipling que decía “Seis honrados servidores me enseñaron cuanto sé; Sus nombres son, como, cuando, donde, que, quien y porqué”, intentare dirigir con este guion, esta breve presentación de la sociedad, en las páginas cibernéticas, de este prestigioso foro de

divulgación del mundo de la emergencia.

¿Cómo?

Aunque la idea la teníamos todos más o menos presente, algunos mas madurada que otros, fue necesario un catalizador que nos aglutinase, a casi todos, este fue mi buen amigo y presidente de honor de la sociedad Fernando Muñoz Prieto, el nos puso en contacto a casi todos. Los principios, como todo lo que nace, fueron un poco titubeantes, pero duro poco y los ocho socios fundadores nos pusimos en seguida a trabajar en el proyecto, se confecciono un documento base, que en la reunión fundacional se fue retocando hasta llegar a ser hoy el eje de la sociedad, los estatutos.

¿Cuándo?

Indudablemente el momento lo fueron creando las propias circunstancias de nuestro entorno y nuestro campo de actuación, el 11-M ya quedaba

relativamente lejos en el tiempo y después de él habían sucedido una serie de emergencias, que ponían de relieve que había todavía mucho por hacer, me refiero al accidente aéreo de Barajas y a los accidentes forestales de Guadalajara y Horta de Sant Joan, entre otras situaciones de emergencia.

¿Dónde?

El espacio físico o el ámbito de influencia era preciso que quedara claro desde el principio, y de este modo la SEPADEM nació con un ambicioso objetivo de implantación en todo el territorio español, pero sin olvidarnos de los aspectos micro y macrosociales, es decir sin olvidarnos que España está formada por autonomías, por este motivo se abre la posibilidad de crear federaciones autonómicas, bajo el paraguas de SEPADEM, siempre que el número de socios y las circunstancias lo permitan, creando para ello el área de relaciones institucionales que lleva Natxu Brunet i Bragulat, codirector de este medio de comunicación y con un amplio bagaje profesional, también entra dentro de sus cometidos las relaciones con otras sociedades y entidades de emergencias, con el fin de aunar esfuerzos, que sean útiles para todos; y además, no debíamos olvidar que estamos dentro de un mundo globalizado y por lo tanto nos fijamos como una de nuestras metas las relaciones internacionales con otras sociedades similares, este área recayó en el Profesor José Navarro Góngora, dando sus frutos con una colaboración en la catástrofe del terremoto de Haití, mediante la implantación de un programa, que tiene como nota llamativa la realización de videoconferencias a través de INTERNET que permiten apoyar a los profesionales en la zona desde diversos puntos del mundo, mediante la creación de sesiones con

un claro método basado en la tormenta de ideas, su discusión y elección de la solución, para poner en práctica sobre el terreno.

¿Qué?

El definir el área de actuación y los perfiles profesionales de los intervinientes, es otra de nuestras preocupaciones, es un objetivo de esta sociedad que sus socios tengan acreditada la suficiente formación y experiencia en el campo de la psicología de emergencia; con tal fin se fijan diferentes grados de pertenencia, en función de la acreditación de estos requisitos por parte de los futuros socios. En esta materia es de reseñar que están implicadas dos áreas: la de perfiles profesionales, cuya responsabilidad recae en Ferran Lorente i Gironella, codirector de esta publicación, iniciando su actuación con el estudio del perfil del psicólogo dentro del cuerpo de bomberos, que en estos momentos está en sus fase inicial; la otra área comprometida es la de Formación e investigación que coordina el profesor Jesús Miranda Páez, dando sus primeros frutos con la participación de alguno de nuestros socios en los siguientes programas formativos: "Máster universitario en counseling e intervención en urgencias, emergencias y catástrofes" de la Universidad de Málaga, "Máster en asistencia integral en urgencias y emergencias" de la Universidad Autónoma de Barcelona, la Fundación Dr. Robert y el Instituto de Estudios Médicos, colaboraciones en máster con la Universidad de Salamanca y la Universidad Iberoamericana (UNIBE), de la republica Dominicana, Cursos de postgrado en "Intervención psicológica en emergencias" de la Fundación Universitaria del Bages; estando abierto en la actualidad el estudio de

colaboraciones con otras entidades. Además no debemos olvidar que como sociedad sin ánimo de lucro tenemos que estar dispuestos a la intervención con nuestros asociados, en aquellas situaciones en que las diferentes administraciones necesiten nuestro apoyo, por este motivo una de las líneas de actuación es la de crear un área operativa que pueda coordinar estos apoyos excepcionales, dando un servicio de calidad, este campo de actuación dentro de la sociedad lo coordina David Rotger i Llinás, también con una amplia experiencia en el mundo de la emergencia y la formación.

¿Quién?

Desde el primer momento nos propusimos que los socios de número fueran profesionales de acreditada solvencia profesional, tanto por la experiencia adquirida, como por la formación acreditada, pero sin cerrar la posibilidad de inclusión de aquellos otros profesionales, que no habiendo tenido oportunidad de desarrollar estos aspectos, sin embargo demostraban gran interés en pertenecer a la sociedad: los socios simpatizantes, con voz dentro de la sociedad, pero sin voto. La coordinación de estos procesos, tal vez los más arduos y tediosos, los llevan con gran agilidad, no exenta de trabajo, nuestra secretaria general María Patricia Acinas Acinas. Pero todo esto no sería posible sin el buen control de los menguados recursos económicos, cuya responsabilidad recae en Javier Gómez Segura; ambos con una trayectoria dentro del campo de la emergencia muy dilatada y fructífera.

Y finalmente ¿por qué?

Sinceramente pensamos que es una parcela de la

intervención en emergencias, que estaba huérfana en sociedades y/o fundaciones que abordaran esta temática dentro de la exclusividad de la intervención psicológica, sin por ello olvidar las necesarias vías de colaboración con otras instituciones dentro de este campo, que probablemente ya abordaban el tema psicológico dentro de una emergencia, pero no como objetivo único, diluyéndose en algunas ocasiones dentro del objetivo general de la institución. Por este motivo nos anima como fin primordial el avance y divulgación de la Psicología de Emergencias en todas sus variantes.

Copiando la despedida de sus correos de uno de nuestros miembros fundadores "La Ilusión despierta el empeño y solamente la paciencia lo termina", espero Jesús, que esta ilusión que todos hemos puesto en este proyecto, sepamos tener la suficiente paciencia para hacerla llegar a nuestros colegas psicólogos y esta sociedad sea en un futuro un referente dentro del mundo de la emergencia, con esa mentalidad hemos nacido y nos presentamos ante la sociedad, solo el tiempo nos dirá si hemos sabido conseguir nuestros objetivos.

Para terminar trasladar a los lectores de Cuadernos de crisis nuestra disposición, esperando la aceptación dentro del mundo de la Psicología Aplicada en Emergencias, pero esto solo se puede conseguir con la participación de gran número de profesionales, como dice un proverbio africano "Todo gran río es llenado por pequeños arroyos", nosotros solo somos la fuente, el nacimiento del río; el que terminemos en río caudaloso o en arroyo depende de que hayamos sido capaces de hacer llegar nuestro proyecto al mayor número de personas, para esto estamos ultimando la página WEB de la

sociedad <http://www.sepadem.com>, en estos momentos en construcción, pero que esperamos tener muy pronto a disposición de todos, para hacernos llegar vuestras inquietudes,

Solo me queda agradecer a Cuadernos de Crisis en nombre de todo SEPADEM, la oportunidad que nos ha brindado dejándonos esta cualificada ventana de divulgación para realizar nuestra presentación.



Consideraciones psicoterapéuticas Constructivo Evolutivas en niños y adolescentes frente al trauma psicosocial por situaciones de desastres naturales.

Rodrigo Andrés Mardones Carrasco.

rodrigo.mc@ug.uchile.cl

Universidad de Chile.

Resumen

En el presente artículo, se expone el enfoque constructivista evolutivo, cual ha surgido desde la psicología clínica infanto-juvenil como un esfuerzo por integrar el paradigma piagetiano a la psicoterapia, la que cuenta con una base teórica y metodológica sólida, eficaz y pertinente para la intervención psicológica profesional con niños, niñas y adolescentes frente al trauma psicosocial por desastres naturales. Estos fenómenos impredecibles y repentinos afectan de forma radical y profunda a los individuos tanto física como psicológicamente, pero también tienen un impacto sobre las comunidades, que muchas veces no es considerado, siendo estas situaciones más sociales de lo que se cree. Es por ello, que desde la perspectiva de la salud mental comunitaria, con un claro énfasis en el modelo biopsicosocial, se proponen ciertas consideraciones terapéuticas desde el enfoque presentado para una mejor aproximación al fenómeno de la traumatización, con el fin de entregar a los profesionales de la salud mental nuevas herramientas y paradigmas para la intervención.

Palabras Clave: *Constructivismo-Evolutivo; Desastres Naturales; Trauma Psicosocial; Modelo Biopsicosocial; Psicoterapia.*

Abstract

Title: "Evolutive Constructive psychotherapeutic considerations in children and adolescents facing trauma by situations of natural disasters".

This article discusses the evolutive constructivist approach that has emerged from clinical psychology child / youth as an effort to integrate the Piagetian paradigm for psychotherapy, which have a solid, effective and relevant theoretical and methodological basis for intervention professional psychological with children and adolescents facing psychosocial trauma by natural disasters. These unpredictable and sudden phenomena affect of radical and deep form the individuals as much physically and psychologically, but also have an impact on communities, which often is not considered, being situations more social than people think. That is why, from the perspective of community mental health, with a clear emphasis on the biopsychosocial model, suggests certain therapeutic considerations from the approach presented for a better approximation to the phenomenon of traumatization, in order to deliver to the professionals mental health new tools and paradigms for intervention.

Key words: *Evolutive Constructivism; Natural Disaster; Psychosocial Trauma; Biopsychosocial approach; Psychotherapy.*

Introducción

Dado los últimos acontecimientos relacionados a desastres naturales acaecidos en el mundo, el terremoto de Haití o el devastador movimiento sísmico y maremoto que azotó en febrero del presente año la zona centro sur de Chile, han mostrado claramente lo poco preparados que estamos para poder responder de forma eficaz y eficiente a estas catástrofes. Las situaciones de desastre y emergencia de carácter complejo traen consigo consecuencias devastadoras tales como deterioro del tejido social, la pérdida de la estructura de la vida cotidiana, un aumento de la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales.

La disfunción y la falta de capacidad de los dispositivos tanto institucionales como no gubernamentales para responder a las consecuencias de una catástrofe natural se agravan mucho más si se trata de sectores vulnerables, tanto geológica como socioeconómicamente.

Generalmente los planes y programas de apoyo ante desastres naturales se dirigen exclusivamente a la reconstrucción de la infraestructura material y la atención de salud de carácter físico, no considerando las intervenciones en salud mental y psicosociales a las víctimas (López, 2000). Entre los más afectados encontramos a grupos vulnerables como la tercera edad, los discapacitados o los niños y adolescentes. Estos últimos revisten especial atención, en cuanto, se cree que por tener personalidades en formación, tienen una potencialidad innata al aprendizaje, ya que al vivir un período de constante desarrollo, son más proclives a asimilar nuevos retos, exigencias y

necesidades que los impulsan hacia el crecimiento y a las adquisiciones cognoscitivas y afectivas (Casas, 2006).

Pero son esas mismas características las que los hacen un grupo vulnerable en casos de emergencia y desastres. Comparativamente con los adultos, los niños y adolescentes reaccionan de forma distinta, ven el mundo y enfrentan las situaciones de riesgo de manera diferente. Para Casas (2006, p.98):

"La forma como afrontan los eventos traumáticos y como se adaptan a las situaciones extremas depende de la edad de cada niño, de su posibilidad de comprensión, de los eventos vitales a los cuales han estado sometidos y de la medida en que fallan la protección y la seguridad que el entorno familiar les suele dar".

Es necesario responder de la mejor forma ante situaciones de desastres, especialmente si se trata de niños y adolescentes, ya que en investigaciones realizadas en poblaciones afectadas por eventos catastróficos, se ha documentado que en este grupo etario, las secuelas psicológicas suelen ser frecuentes y afectan de manera directa el desarrollo físico, mental y social (Santacruz y Ardila citado en Casas, 2006).

En esta línea, se plantea que una visión desde el punto de vista del desarrollo de los niños y adolescentes se hace indispensable, no tan sólo para obtener luces de aproximaciones terapéuticas más efectivas, sino también reflexionar acerca de la importancia que juega el núcleo familiar y el tejido social en la ayuda

profesional.

De esta manera se pretende realizar un acercamiento a la terapéutica del fenómeno psicosocial tras la experiencia de emergencias naturales complejas desde el constructivismo evolutivo, la que tiene importantes implicancias al considerar factores relevantes del ciclo vital del niño, como su proceso de desarrollo, la construcción de su conocimiento del mundo, la visión de sí mismo y de sus figuras significativas. El enfoque constructivista evolutivo es el resultado de un esfuerzo en psicología clínica infanto-juvenil contemporánea para integrar el paradigma piagetiano, no sólo en el proceso diagnóstico clínico, sino que también ampliarlo a un determinado sistema de psicoterapia, a través de la incorporación de los conceptos de la epistemología piagetiana con los conceptos evolutivos.

Por lo que en un primer paso debemos entender que las catástrofes "naturales" son situaciones más sociales de lo que se cree.

Desastres Naturales

Partiendo desde lo más general, al hablar de desastres, se suele correlacionar a cualquier evento extraordinario que origina destrucción considerable de bienes materiales, además de muertes, lesiones y sufrimiento humano. Pero esta explicación es insuficiente, al no considerar aspectos sociales, procesos psicosociales implicados ni las distinciones necesarias para comprender a cabalidad el fenómeno. La palabra desastre en sí es muy ambigua y es utilizada en la vida cotidiana para muchas cosas, pero partiendo de la premisa de que no podemos hablar de desastre sin la presencia del hombre, y

enfocado éste como un ser biopsicosocial en una estrecha relación con su medio ambiente, es que concordamos con la definición de desastre propuesta por Echeverri (2000, p.1), quien precisa que se trata de:

"(Un) Proceso social inducido por un fenómeno físico y/o antrópico que altera de manera transitoria o permanente la vida de grupos poblacionales vulnerables, produciendo múltiples víctimas, daños a los ecosistemas, pérdidas en infraestructura, interrupción en el funcionamiento de las organizaciones y actividades comunitarias, en un espacio geográfico determinado y en un tiempo preciso. Este proceso se presenta como resultado del rompimiento del equilibrio entre una población y su entorno físico y social".

Al hablar de desequilibrio se hace referencia a las distintas dimensiones que conforman el entramado social afectado por los desastres y que en conjunto lo configuran como tal, como un desastre. Por ejemplo, es posible distinguir aspectos ambientales, como el deterioro o la destrucción de los ecosistemas, el abuso de los suelos y las intervenciones sin reparo en las consecuencias ecológicas. Así también los elementos culturales juegan un rol fundamental, donde surgen ciertas pautas de comportamiento ante estos hechos. Es por ello posible comprender que una comunidad, a pesar del peligro que conllevaría, dada su historia y el sentido de pertenencia de sus habitantes, no querrá abandonar su hogar. Otro factor relevante es el poder político, que delimita las acciones y cómo éstas se llevan a cabo frente a las catástrofes. En consideración a lo anterior, hemos

de subrayar que en Chile el poder político es principalmente de carácter centralista, por lo que la maquinaria burocrática provoca que los problemas no se resuelvan de manera adecuada y rápida.

Los daños a la población por causa de desastres y emergencias afectan principalmente a la cotidianidad, los sistemas productivos, las viviendas, servicios básicos, etcétera, alterando el diario vivir y sobrepasando la capacidad de respuesta de las comunidades afectadas, las cuales, generalmente no cuentan con una organización tal que patee las necesidades requeridas, y mucho menos con un aparato estatal articulado y preparado para estas situaciones (González y García, 2000).

Para efectos prácticos es posible clasificar los desastres en dos tipos: primero los asociados a causas naturales y luego aquellos provocados directamente por el hombre. Con esto nos estamos refiriendo a las causas atribuidas al fenómeno y no al proceso que lo origina. Para Echeverri (2000) los desastres de origen natural se clasifican en:

Tectónicos: terremotos, maremotos o tsunamis, erupciones volcánicas.

Meteorológicos: inundaciones, huracanes, sequías.

Topológicos: avalanchas, deslizamientos.

Considerando la definición de desastres naturales como proceso, es posible identificar tres fases (Pocasangre, González y Alas, s.f.):

Fase de preimpacto

Incluye las etapas que preceden al desastre mismo lo que incluye las amenazas y advertencias, donde los objetivos deben apuntar hacia la prevención de daños mayores a la

población.

Fase de impacto

Abarca el período en que la comunidad es afectada por el desastre y el período subsecuente, en que se organizan las actividades de ayuda. El miedo es predominante, el pánico solo se presenta cuando el control sobre las situaciones se hace imposible. Surgen también las conductas altruistas donde las personas actúan en forma heroica para salvarse a sí mismas y a otros.

Fase de postimpacto

Comprende el tiempo transcurrido varias semanas después de ocurrido el desastre, y suele incluir las actividades continuadas de ayuda, así como la evaluación de los tipos de problemas que experimentan los individuos. Esta fase puede prolongarse durante el resto de la vida de los afectados; en ella surgen los problemas personales a largo plazo, caracterizados por apatía o desgano, depresión y ansiedad crónicas, además del daño del tejido social y de la comunidad.

Los desastres (Gómez, Mesa y Moreno, 2000) suponen un corte abrupto de la vida diaria ya que se ve afectado el entorno físico, individual, social y familiar. Las catástrofes naturales afectan los soportes emocionales y los referentes de la realidad constituyendo una amenaza a la capacidad de autonomía del individuo y su sentido de pertenencia, al no poder desarrollarse de modo adecuado en el medio en el que está inmerso.

Sin embargo, las reacciones en cada etapa, en su gran mayoría, son respuestas esperadas; es decir, aún cuando son manifestaciones intensas

de sufrimiento psicológico y requieren de atención psicosocial, comúnmente no son patológicas y la gran mayoría se solucionan en periodos cortos (Moro y Bobet, 2001 citado en Casas, 2006). En ocasiones, la desinformación de los padres y las familias, la falta de comprensión por parte de profesores y compañeros y la confusión a la que se enfrentan los mismos niños pueden generar que algunas de estas reacciones se compliquen tempranamente y generen secuelas y sufrimiento.

Por otra parte, por sobreconsiderar a la población infanto-juvenil como vulnerable, la ayuda suele centrarse exclusivamente en el individuo sin considerar a su familia y el soporte socioemocional del menor, psicologizando en extremo los problemas y medicalizando las soluciones. Es por ello importante hacer diversas consideraciones psicosociales para la intervención psicoterapéutica en niños y adolescentes dados los efectos que la vivencia de desastres naturales provocan en ellos.

Impacto en Niños y Adolescentes frente a Desastres Naturales: El trauma psicosocial.

El desarrollo de las niñas y niños se inicia desde el mismo momento de su concepción y está influido por las interacciones que establece con los ambientes físicos, emocionales y sociales que los rodean (Movilización y organización de la comunidad, s.f.). Según las circunstancias y la forma como se produzcan estas interacciones, el niño se relaciona con su mundo agenciando su propio desarrollo. En una situación de emergencia por desastre, las condiciones cotidianas de vida se resquebrajan y el desarrollo

de los niños y las niñas se afecta gravemente. El medio se vuelve hostil y confuso, el suceso perturba la concepción, la representación del mundo y la realidad circundante de manera drástica, lo que incide en la relación del niño y su medio.

“Existe una clara relación entre el desarrollo saludable del niño y la presencia de factores de riesgo (amenazas a su bienestar físico o psicológico) y protección” (Movilización y organización, s.f., p.19), por lo que un cambio repentino en las condiciones habituales de vida implican nuevos factores de amenaza y riesgo, situándolos en una posición de vulnerabilidad frente al mundo, mientras que factores protectores, como la familia, se ven afectados.

La psicología clínica tradicional ha abordado el trastorno y la enfermedad como entes o unidades que surgen en el interior de los individuos sin considerar el medio del sujeto. Sin embargo, y contrariamente al modelo biomédico, cuando hablemos de trauma, nos referiremos a un trastorno situado dentro de un contexto sociopolítico, histórico, económico e interpersonal, que hace de cada padecimiento una experiencia distinta que los manuales de diagnóstico no pueden abarcar en su totalidad. Hablar de salud mental desde este punto de vista nos remite a considerar no sólo al sujeto y su experiencia, sino también al tramado de relaciones del sujeto con los elementos de su medio.

En psicología se habla de trauma para referirse a aquellos problemas psíquicos originados por el impacto que una determinada experiencia o vivencia tiene una persona. Se trata de una experiencia violenta, que se presenta generalmente de manera inesperada y que

genera daño psíquico (Martín-Baró, 1990).

El problema inherente del modelo médico en psicopatología, en especial del trauma psíquico, (trastorno por estrés post traumático en palabras del DSM-IV), es el pretendido aislamiento frente a las realidades sociohistóricas en que surge y la obstinación en considerarlo un trastorno particular, de cada individuo, sin considerar la naturaleza social de las personas. Por ello, referente a los problemas psíquicos concernientes a los desastres naturales, es que una mejor aproximación es hablar de trauma psicosocial.

Desde esta perspectiva Martín-Baró (1990) alude a tres aspectos esenciales en la comprensión del trauma psíquico:

- a) El trauma tiene un carácter dialéctico. El trauma, es en sí, en cuanto a su ubicación en la particular relación social del individuo. No necesariamente una situación de carácter social genera per se un trauma o que un individuo pueda nunca sufrirlo.
- b) El trauma se reproduce así mismo. En cuanto surge de las relaciones sociales de los individuos y al verse gravemente afectadas, provocan patrones de socialización que mantienen el trauma lo que genera y multiplica los casos de individuos traumatizados.
- c) El trauma como cristalización de una sociedad desigual. El trauma constituye en sí la concreción en que los individuos se ven afectados por el tejido de relaciones sociales aberrantes y deshumanizadoras de una sociedad injusta.

El trauma psicosocial es una profunda herida emocional, una respuesta a procesos sociopolíticos destructivos que desestabilizan y perturban a las personas afectadas. La crisis traumática puede resultar de un solo acontecimiento (catástrofes naturales imprevistas, como terremotos) o de una serie de acontecimientos con efectos acumulativos (procesos bélicos u otras catástrofes naturales de curso progresivo). El trauma constituye un proceso, determinado por la interacción entre el entorno social y la situación psíquica del individuo.

En la persona que ha sufrido un trauma, produce una vulnerabilidad que le acompañará durante toda su vida y que bajo ciertas circunstancias pueden generar síntomas patológicos. Como los procesos traumáticos se desarrollan siempre en un contexto social, cultural y político determinado, los eventuales síntomas se han de interpretar en función de dicho contexto (Becker y Wayermann, 2006).

El diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (TEPT), es insuficiente porque se limita a la esfera individual, ignorando completamente los aspectos culturales y sociales. Dicho diagnóstico reduce el trauma a una enfermedad como cualquier otra, omitiendo el vínculo existente entre el sufrimiento individual y el contexto sociopolítico. Ello acentúa aún más la marginación, la estigmatización y la victimización de las personas traumatizadas, desempoderándolas y hundiéndolas en el asistencialismo y la dependencia.

Muchos de los síntomas descritos en el diagnóstico por estrés postraumático (American Psychiatric Association, 1995) parecen

manifestarse en la mayoría de los casos en personas que han vivido procesos de traumatización como la vivencia reiterada de los eventos traumáticos en forma de imágenes, percepciones o pensamientos involuntarios, alucinaciones, la evitación de estímulos asociados al evento traumático e hipervigilancia persistente. Sin embargo, hay muchos síntomas que no figuran en el diagnóstico oficial del TEPT, como la disminución de la capacidad de comunicación y de trabajo, la fragilización de las estructuras familiares, comportamiento asocial y enfermedades psicosomáticas graves.

No tan sólo se debe lidiar con los síntomas del Estrés Post-traumático descritos en el DSM-IV, sino también ante la ineficacia del gobierno, la falta de ayuda o la desarticulación social. Es posible que niños y adolescentes no comprendan lo que ocurre en el medio sociopolítico y cómo este ha contribuido a configurar un desastre como tal, pero probablemente los menores comiencen a internalizar los incomprensibles temores y ansiedades de sus padres.

El trauma psicosocial es capaz de transmitirse por medio de distintos mecanismos interaccionales desde los padres a los hijos. Así, Ancharoff (1998, citado en Armañanzas, 2009) establece cuatro formas diferentes de transmisión del trauma:

- a) Silencio: tanto a nivel familiar como social, el silencio provoca el aislamiento y la sensación de estar emocionalmente anesthesiados, impidiendo a los adultos conectarse con sus hijos. El silencio además promueve la sensación de secretos y mitos al interior de la familia por lo que se convierte en un mecanismo

transmisor de la sensación de un pasado problemático. Así el silencio aísla a los adultos, impidiendo la conexión con jóvenes y niños, no respondiendo a sus necesidades y dudas, impidiendo un adecuado proceso de duelo y resignificación de la vivencia de una catástrofe natural.

- b) Excesiva apertura: hablar y compartir de forma demasiado abierta la experiencia de una catástrofe puede aliviar la sensación de aislamiento de una persona pero puede traumatizar de forma vicaria a las familias y personas no preparadas para compartir esa experiencia. Es importante compartir esta experiencia cuando los padres hayan podido realmente integrar el hecho traumático a su historia vital de forma sana y constructiva, ya que en caso contrario sólo se compartirán los miedos y la angustia con los hijos de forma destructiva.
- c) Identificación: los hijos pueden sentirse culpables o interpelados por el estrés de sus padres. Por lo que es posible que se hagan parte del dolor y la angustia vivenciada por las figuras adultas, sin comprender cabalmente la causalidad de estas. Los hijos se hacen parte del relato de los padres a través de la revivenciación por medio de la fantasía y la imaginación distorsionando la información y la significación de la realidad.
- d) Repetición: los hijos pueden ser afectados a través de la transmisión del trauma por medio de la repetición más o menos simbólica. De esta forma, personas cercanas al trauma pueden

llegar a pensar, sentir y actuar como si ellos mismos hubiesen sido las víctimas directas, integrando esta imagen a su sí mismo y adoptando diferentes roles según la imagen presentada, especialmente por los adultos.

estar siempre a la defensiva contra cualquier peligro, sobresalto fácil, nerviosismo, irritabilidad o enojo súbito, problemas para dormir y dificultades para concentrarse o poner atención. Algunas de las principales reacciones psicológicas de los niños y adolescentes ante situaciones de desastre y emergencia son reflejadas en la siguiente tabla (Casas, 2006):

Estas vivencias traumáticas hacen que el niño o adolescente le tema a la vida, lo que incluye

Rango de Edad	Reacciones en las primeras 72 horas	Reacciones en el primer mes	Reacciones en el segundo y tercer mes
0 a 2 años	<ul style="list-style-type: none"> • Excitación. • Gritos y llanto frecuentes. • Apego exagerado a los padres (no toleran separarse). • No se duermen o se despiertan frecuentemente. • Reaccionan exageradamente ante todo tipo de estímulo y es difícil tranquilizarlos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos del sueño. • Pérdida de apetito. • Apego excesivo a los padres. • Apatía. • Conductas regresivas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones del sueño. • Aumenta la tolerancia a la separación física. • Llanto injustificado.
3 a 5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el comportamiento, pasividad, irritabilidad, inquietud. • Temor exagerado por cualquier estímulo, especialmente los que recuerdan el suceso • Desorientación espacial (no reconocen dónde están). • Alteraciones del sueño: insomnio, se despiertan angustiados, etcétera. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conducta regresiva: se orinan en la cama, hablan a media lengua, se chupan el dedo. • No toleran estar solos. • Pérdida o aumento del apetito. • Trastornos del sueño. • Pérdida del habla o tartamudeo. • Miedos específicos: a seres o situaciones reales (animales u oscuridad), o fantásticas (brujas, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazan la escuela o la guardería. • Dolores de cabeza y del cuerpo. • Se niegan a comer o comen en exceso. • Juegan repetidamente al suceso traumático.
6 a 11 años	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el comportamiento: pasividad. • Agresividad, irritabilidad. • Confusión (se ven perplejos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo injustificado. • Dificultad para permanecer quietos. • Dificultad para centrar la 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad de concentración en la escuela. • Rechazan ir a la escuela. • Sienten culpa o suponen

	y con desorientación (no reconocen fecha, lugar, etc.). <ul style="list-style-type: none"> • Llanto frecuente. • Conductas regresivas. • Problemas del lenguaje. 	atención. <ul style="list-style-type: none"> • Dolores de cabeza y otras quejas somáticas. • Juegan repetidamente al suceso traumático. 	que el desastre sucedió por un comportamiento o pensamiento previo. <ul style="list-style-type: none"> • Parecen retraídos o tímidos. • Juegan repetidamente al suceso traumático.
12 a 18 años	<ul style="list-style-type: none"> • Confusión y desorientación. • Rechazo a hablar y aislamiento. • Parecen ausentes o distraídos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de apetito. • Pérdida de sueño. • Dolores de cabeza y del cuerpo. • Pérdida de interés por las actividades comunes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rebelión contra la familia o la autoridad en general. • Problemas de comportamiento. • Huida de la casa. • Rechazo a la escuela.

Tabla Nº 1. Principales reacciones psicológicas en niñas, niños y adolescentes frente a la vivencia de desastres naturales por rangos de edad. Tomada de Casas, G. (2006). Atención psicosocial a la infancia y la adolescencia. En J. Rodríguez, M. Zaccarelli & R. Pérez (Eds.). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres*. Pp.99-100.

Es importante realizar ciertas consideraciones generales para el apoyo psicoterapéutico considerando los elementos anteriormente expuestos. Es por eso, que para abordar desde el constructivismo evolutivo el proceso traumático causado por desastres naturales, resulta pertinente revisar sus postulados, en especial los aportes de la psicología de Jean Piaget para definir los fundamentos teóricos que sustentan esta perspectiva y comprender su importancia en la intervención psicológica en estos casos.

Aspectos teóricos relevantes del Constructivismo Evolutivo

Este modelo ha surgido desde la psicología clínica infanto-juvenil, con el objetivo de integrar el paradigma piagetano a la psicoterapia (Sepúlveda, 2008), y sus bases están en la epistemología constructivista, la que concibe la existencia de un mundo real independiente de la conciencia, sólo hipotética y parcialmente cognoscible y explicable. El sujeto debe construir

conocimiento a partir de su propia experiencia y acción (Mahoney, 1997, citado en Cruz y Roa, 2005), adquiriendo un carácter proactivo. Así, la comprensión es inseparable de la experiencia humana (Guidano, 1994, citado en Cruz y Roa, 2005). Evolutivamente, concibe que los sistemas orgánicos evolucionan a través de etapas de acuerdo a principios regulares de estabilidad y cambio (Sepúlveda, 2008). Por lo tanto, el conocimiento construido es concebido como un proceso evolutivo, histórico y autorreferente que "avanza hacia la complejidad y comprensión en cada momento del desarrollo" (Cruz y Roa, 2005, p. 52). El conocimiento es estructurado en sistemas jerárquicos y autoorganizados (Sepúlveda, 2008), las que son susceptibles de ser reconsideradas y reconstruidas.

Piaget ve el desarrollo como una sucesión de estadios, donde cada uno es más complejo que el anterior. Estos se generan a partir de las perturbaciones provocadas por el ambiente a los esquemas propios del sujeto, por lo que es

necesario regresar a su estado de equilibrio (Flavell, 1982). Esto puede lograrse mediante dos procesos: la acomodación y la asimilación. El primero es una adaptación que debe hacer el organismo frente a la realidad, modificando sus esquemas; el segundo se refiere a la incorporación de conocimientos a la estructura mental, adaptándolos de acuerdo a ella. Si se adaptan exitosamente, hay una preservación del propio sentido del sí mismo mediante la transformación del mundo percibido (Cruz y Roa, 2005). Por el contrario, si ocurre un trastorno en estos procesos, se genera una desadaptación de la realidad y un escaso desarrollo cognitivo. Entonces para hablar de desarrollo, en estos estadios, la asimilación y acomodación deben progresar de ser procesos indiferenciados, marcado por un fuerte egocentrismo del menor al no diferenciar sujeto y objeto, hasta su completo "antagonismo" y complementariedad, integrándose para lograr la autonomía y diferenciación individual (Flavell, 1982).

El proceso de equilibrio-desequilibrio que implica el desarrollo, comienza desde la edad temprana, donde se configuran los primeros esquemas mentales y se producen las mayores contradicciones y negaciones al presentarse un elemento perturbador. Frente a éstos, el niño buscará ser compensado para mantener el equilibrio ante la perturbación, luego, buscará integrar el elemento perturbado, y finalmente, anticipará las posibles variaciones para que no sean perturbadoras. Entre los posibles factores de riesgo que pueden desencadenar crisis encontramos: el contexto, factores sociales, distorsiones cognitivas, estilos de afrontamiento inapropiados, historia psicopatológica familiar y las respuestas familiares a las necesidades del niño (Cruz y Roa, 2005). Si el desequilibrio es

superado, será provechoso para el desarrollo. Con esto el desarrollo avanza, logrando incluir diferenciaciones e integraciones que llevan a la complejidad del sistema de conocimiento. Es así como el individuo alcanza un conocimiento del mundo, de su relación con el entorno y de sí mismo (Cruz y Roa, 2005).

Las dificultades que puedan presentarse en el desarrollo, en la diferenciación e integración con otros, llevan a la pérdida del sentido de la relación del sí mismo y del entorno (Cruz y Roa, 2005).

El sí mismo opera a través de un sistema de conocimiento y autoconocimiento que le permite hacer consistente, en la explicación, la experiencia de la praxis del vivir (Yáñez, Gaete, Harcha, Kühne, Leiva y Vergara 2001). La necesidad de conocer el mundo y de poder procesarlo de manera consistente va constituyendo la subjetividad. El sí mismo es un sistema de conocimiento, que se construye desde las experiencias vitales y la forma de explicarlas, de modo que le permitan progresivamente hacer aquellas explicaciones coherentes con prototípicos evolutivos. La estructura del sí mismo se compone de conocimientos que permiten la existencia de una narrativa coherente con la noción de sí mismo (la que sustenta la identidad del sujeto), y por contenidos experienciales (Yáñez et al., 2001), dados a través de los momentos evolutivos del individuo. Para Piaget, el sí mismo es un esquema estructurado por el pensamiento operacional, siendo el resultado de los procesos de asimilación y acomodación en la equilibración. Con el fin de obtener alguna apreciación de un sí mismo (una continuidad del yo), el niño debe construir este concepto, y esto sólo puede ocurrir mediante los

procesos usuales de asimilación y acomodación. Con el tiempo los niños construyen una imagen del sí mismo cognoscitivo, un cuadro de ellos mismos en relación con otros. Este concepto del sí mismo es el resultado y no la causa de la asimilación-acomodación en la equilibración (Quiroga, 2005).

Los conceptos de adaptación, equilibración, desequilibrio y organización del sí mismo, junto con las características particulares de cada etapa del desarrollo, permiten la comprensión del fenómeno de la traumatización desde el enfoque propuesto.

La relación entre la estructura y la organización en constante interacción con las perturbaciones del medio, determinarán la dinámica particular del organismo que las enfrenta y las hace propias a partir de la operación de su propio sistema de conocimiento (Yáñez et al., 2001). Así, entenderemos por "normal" una persona flexible, abstracta y generativa.

En cuanto, la psicopatología evolutiva se dirige a comprender lo patológico en relación al proceso de desarrollo, a la construcción histórica de significado, entendiéndola como una perturbación en este proceso, no siendo coherente con las estructuras de significado o no pudiendo integrar las diferentes estructuras (Guidano, 1994). De esta manera, los desequilibrios durables constituyen estados patológicos orgánicos o mentales. De acuerdo con esto, si no se logran los equilibrios entre asimilación y acomodación en cualquiera de los niveles jerárquicos, el sujeto no lograría satisfacer sus necesidades y se produciría la "anormalidad" (Quiroga, 2005). Entonces, los aspectos medulares del desarrollo psicológico

que explicarían la psicopatología serían (Rychlack, 1981 citado en Sepúlveda, 2001):

- a) Sobrevaloración o desvalorización de sí mismo lleva a distintos desajustes. El niño no logra acomodarse a la realidad, niega aspectos no asimilables y distorsiona los esquemas afectivos en relación a sí mismo, los otros y el mundo.
- b) Fijación de estructuras rígidas de pensamiento en etapas anteriores de desarrollo, evitando la superación del egocentrismo. El niño sigue pensando la realidad de forma sincrética y prelógica, por lo que no lograría el ajuste social. La persona usaría esquemas estrechos que no ajustan con la realidad.
- c) Estado de desequilibrio permanente de algunas estructuras implica irregularidad en los procesos de asimilación y acomodación, lo que derivaría en la imposibilidad de regular el comportamiento.

La persona bien ajustada es autoaceptada, deseosa de acomodarse y, por encima de todo, realista acerca de la vida (Rychlack, 1988 citado en Cruz y Roa, 2005). El equilibrio es lo principal en la adaptación, la excesiva rigidez o flexibilidad de las estructuras lleva a las organizaciones psicopatológicas (Sepúlveda, 2001). Así, la adaptación implica un individuo que ha superado el egocentrismo, que se ajusta adecuadamente a lo social, moral y afectivo. Desde estos elementos teóricos es posible comprender el proceso de traumatización psicosocial, que tiene sentido dentro del continuo vital de cada sujeto en relación con su medio y las construcciones de significado que ha ido elaborando a partir de éstas.

La no superación del egocentrismo en el desarrollo deja a la persona centrada en sí misma, percibiendo los límites puestos por el otro y el ambiente como un obstáculo al desarrollo del sí mismo y como un autosacrificio permanente (Sepúlveda, 2003).

Planteado así, podemos concluir que se trata de un enfoque que no trata el trastorno desde un paradigma médico, sino que resulta integrativo al momento de considerar la situación del sí mismo como proceso histórico y autorreferente, dependiendo de múltiples factores biopsicosociales.

El proceso terapéutico desde el Constructivismo Evolutivo.

La psicoterapia constructivista evolutiva, resulta una mirada novedosa e integradora de los modelos teóricos existentes dentro de la psicología y proporciona un marco teórico de gran valor en las intervenciones con niños y adolescentes. La psicoterapia se transforma en un proceso dinámico y dialéctico generando esquemas cognitivos, los que se construyen en la actividad personal e histórica del sujeto (Macurán, 2003).

El niño o adolescente en desarrollo está sujeto a procesos de equilibración que permiten la anulación del egocentrismo, accediendo a la autoreflexividad; por otro lado la centración y descentración perturban o facilitan la apertura a la experiencia; finalmente la reversibilidad será esencial para permitir la permeabilidad y movilidad del sujeto, donde hay un proceso dinámico en búsqueda del equilibrio (Macurán, 2003). Estos elementos son medulares para abarcar las posibilidades de cambio estructural de los sujetos.

La psicoterapia está enfocada a entregar herramientas a las personas que les permitan mejorar su calidad de vida a través de cambios en su conducta o estructuración del mundo. En terapia infantil se debe considerar: el funcionamiento personal del niño, la edad, etapa de desarrollo, género, nivel cognitivo, apreciación del tiempo, etapa emocional, intereses, cultura y estilo personal, la relación del niño con el ambiente de los adultos y la relación del niño entre pares (Ronen, 2003). La terapia debe participar activamente en el ambiente natural del niño, familiarizarse con las figuras importantes de su mundo, su lenguaje y debe ser flexible.

El terapeuta también debe hacerse cargo del factor motivación, debe crear una relación de significativo afecto con el niño, crear un clima de confianza y adaptar la terapia tanto en términos de lenguaje como de conceptos y pruebas que le resulten entretenidas (Rose y Edelson, 1988, citado en Ronen, 2003). Además debe integrar correctamente la información que recolecte de padres, profesores y compañeros sobre el niño (Shirk y Russel, 1996, citado en Ronen, 2003). En este sentido, el terapeuta es un actor de vital importancia dentro del proceso psicoterapéutico, siendo él, capaz de propiciar cambios significativos en el paciente, mediante una relación "empática, colaboradora, respetuosa, y a veces, reverencial, cuando se afronta la comprensible referencia al cambio" (Macurán, 2003:24).

Desde la perspectiva constructivista evolutiva, el papel del terapeuta está definido como un acompañante en el desarrollo, que debe guiar a la persona hacia mejores equilibrios, explorando las posibilidades de enfrentamiento y solución de los problemas (Macurán, 2003). De esta forma, el

terapeuta tiene ciertos objetivos centrales a seguir, los cuales deben ir orientados hacia: desarrollar cambios estructurales profundos, facilitar el proceso de diferenciación y objetivación de la realidad, logrando la integración (Macurán, 2003). En este proceso, la empatía con el paciente juega un rol fundamental, en donde se deben respetar los ritmos evolutivos, siendo el terapeuta una herramienta que pueda participar del proceso social de reconstrucción del significado (Macurán, 2003).

Según Kegan (1982 en Macurán, 2003), el papel del terapeuta incluye: proteger oportunidades de conciencia para la evolución de significado; brindar un ambiente para el desarrollo; unirse a la persona en el proceso de construcción de significados; ofrecer reconocimiento social, para que el paciente así pueda ver el problema y dejar de sentirlo; proveer experiencias que sean capaces de informar a la persona sobre los límites y contradicciones de su forma de construir el mundo; estar del lado del conocimiento más que del lado del saber.

Desde este enfoque, las fases de la psicoterapia son factibles de ser divididas en 3 etapas, según Sepúlveda (1998 en Macurán, 2003), éstas dan cuenta de los pasos para el logro de determinados objetivos:

- a) Autoobservación: se considera como una fase de exploración. El objetivo aquí es propiciar la diferenciación del sí mismo, lograr autorreconocimiento a través de herramientas que permitan la visualización y comprensión de la unidad del sentido de la experiencia. Dentro de esta etapa se debe formar el vínculo

terapéutico, donde la tarea del terapeuta es acoger y contener al paciente, mezclando un vínculo protector. Desde la perspectiva piagetana, implica el reconocimiento de la organización de las estructuras afectivas, cognitivas y morales del sujeto.

- b) Experimentación: dentro de esta etapa se confrontan hipótesis que se han logrado en relación a la manera de organizar y procesar información y la interacción con el medio. El objetivo es propiciar la acomodación de nuevos elementos, impulsando la transformación de estructuras cognitivas. En otras palabras, permite la experimentación de nuevas formas de construcción de significado relacionándolas con la experiencia vital del sujeto. Desde la perspectiva piagetana, esta etapa supone la recuperación de los equilibrios al lograr la regulación entre asimilación y acomodación. Esto podría llevar a una organización más funcional de las estructuras y procesos psicológicos.
- c) Integración: reorganización e integración del sí mismo mediante la abstracción reflexiva. Esta fase correspondería al cierre del proceso terapéutico, donde se propicia que el sujeto logre la integración e independencia necesaria para poder mantener relaciones sociales más adaptativas. Desde la perspectiva piagetana, se generan equilibraciones maximizadoras que implican el mejoramiento de la equilibración. Hay transformaciones estructurales profundas que influyen en la eficacia de adaptación del sujeto, lo que es logrado mediante la modificación sujeto-objeto. Así, se logra

un sujeto que es capaz de organizar y dirigir adaptativamente su experiencia.

Terapéutica constructivo evolutiva en niños y adolescentes frente al trauma psicosocial

Como consecuencias de un desastre, los niños y adolescentes viven experiencias traumáticas, enfrentándose a adversidades no habituales en la vida diaria además de dolorosas pérdidas. Adicionalmente, se debe considerar que una experiencia traumática nunca desaparece totalmente. El objetivo no es entonces una curación en el sentido habitual del término. Eventualmente, la persona afectada por un proceso traumático puede aprender a asimilar lo que le ha ocurrido y salirse de su rol de víctima (Becker y Wayermann, 2006), sin embargo, su sufrimiento nunca desaparecerá completamente, ya que lo social, proceso implicado tanto en su aparición como en su evolución, no puede cambiar de la noche a la mañana. No se trata únicamente de aportar ayuda psicológica a la persona traumatizada sino también trabajar desde un foco de salud integral, que considere aspectos a nivel familiar y social más cercana, como la restitución de condiciones de vida lo más parecida posible antes del desastre. Esta ayuda, de igual forma, debe tratar de fomentar el reconocimiento social del trauma y responder a la necesidad de compartir entre todos el sufrimiento extremo de algunos, a fin de hacerlo más soportable.

El trabajo en materia de trauma no es únicamente una tarea social y médica, sino también una piedra angular del proceso de reconstrucción, de la paz y la reconciliación (Becker y Wayermann, 2006).

Los tipos y modalidades de atención de las principales reacciones y problemas psicosociales en la infancia varían en un amplio rango según la edad y los procesos sociales implicados. En líneas muy generales es adecuado favorecer que el niño o adolescente retorne a sus actividades habituales, así como vincularlos a actividades lúdicas, deportivas y recreativas. A través de estas actividades deben facilitarse los espacios para la libre expresión y el intercambio entre los niños. Apoyarlos cuando quieran hablar y expresar sus sentimientos, así como escucharlos con atención. De esta manera, el incentivo del intercambio grupal, resulta en una socialización de las concepciones de los niños y adolescentes acerca de la realidad y lo que han vivenciado, ayudando a la descentración de su pensamiento, enfrentando sus ideas y conceptos frente a la de otros niños, reorganizando y reevaluando sus propias concepciones al defender su posición.

Esto no quiere decir que el profesional tenga que insistir en el recuerdo traumático, y utilizar la catarsis como terapéutica. Dada las características de los desastres naturales, la revivenciación forzada del suceso puede traer muchos problemas. Es por ello que debe incentivarse que el niño explore y descubra sus propios sentimientos, emociones, pensamientos, creencias, valores y conductas. Aquí el terapeuta es una especie de guía que acompaña al niño desde su nivel de desarrollo, avanzando de acuerdo a las posibilidades de cada niño. Para estos efectos en la terapia constructivo evolutiva con niños y adolescentes las técnicas utilizadas son principalmente tres (Sepúlveda y Larraín, 1997):

Actividades por la acción: la representación es por la acción o modo actuante, llevándose a cabo por medio de la actividad misma. Aquí podemos

nombrar las actividades por juegos, las marionetas y títeres y las dramatizaciones.

Actividades por imágenes: la representación es icónica, que es la técnica de representar cosas por medio de imágenes, donde tenemos la realización de dibujos, póster, afiches o historietas.

Actividades verbales: la representación es verbal o modo simbólico, en donde la acción y las imágenes se traducen en lenguaje, como lo son los diálogos grupales, los cuentos o las expresiones escritas (cartas).

Cada profesional determina las técnicas más adecuadas. Sin embargo, como principio general los procesos psicoterapéuticos deben ser breves en el tiempo dada la emergencia que reviste un desastre natural y de los recursos limitados en apoyo de las víctimas. Además este proceso debe centrarse en la problemática del evento traumático, atendiendo cualquier signo de riesgo como un potencial suicidio y corresponder al contexto de la comunidad y la cultura (Casas, 2006).

De acuerdo con las premisas explicadas anteriormente y con la edad y el desarrollo psicosocial de niños y adolescentes se propone que:

En niños hasta dos años, es recomendable que la psicoterapia se haga junto a la madre, el padre y/o tutor. En esta etapa del desarrollo, los infantes vivencian sentimientos y emociones indiferenciadas y primarias, donde las relaciones interpersonales son dependientes del vínculo afectivo con figuras significativas. Son estos los más afectados al vivenciar y comprender la

situación que atraviesan a causa de un desastre natural lo que puede producir algún daño al menor, como no responder de manera satisfactoria a sus necesidades menoscabando el vínculo entre la figura protectora y el niño, lo que podría generar algún tipo de apego desorganizado (Bowlby, 1989).

Sin posibilidades de expresarse con palabras, el pensamiento se manifiesta a través de la acción. Lo característico de esta etapa es que la acción se remite a lo presente ya que no hay aún la capacidad de representación. Partiendo desde un estado de indiferenciación del yo con el medio, la forma de actuar sobre éste se basa en reflejos sensoriales y motrices ajustados hereditariamente. Luego estas actividades se van generalizando hacia otros contextos y elementos, como por ejemplo la succión, primero de la mama de la madre y luego sobre cualquier objeto. Así la experiencia le entrega al niño la posibilidad de coordinar esquemas de acción a través de la manipulación de objetos y así relacionarse con su medio.

En esta etapa el pensamiento está encerrado en su propio registro, en donde podemos referirnos a una especie de egocentrismo. El niño conoce hasta donde su propia acción lo permite sin estar conciente de cuáles son las causas de lo que sucede. Por lo que para no alterar la vida del menor e incentivar un vínculo apto y propicio asegurando un apego seguro es importante trabajar principalmente con los padres.

El niño está comenzando a adaptarse a este nuevo escenario que es el mundo, basándose en un principio en las regularidades que éste presenta. El mundo se va organizando en la medida que es estable y los referentes sean

constantes. Por lo que cambios repentinos y bruscos afectan la relación que el menor tiene con el medio, por ende es importante reestablecer de la manera más rápida las condiciones habituales de vida que llevaba antes de la catástrofe, enfocándose principalmente en las figuras significativas.

Desde los 2 hasta aproximadamente los 7 años, se recomienda la psicoterapia a través del juego. En esta etapa del desarrollo la organización del mundo no depende solamente de las sensaciones, lo que caracteriza el estadio anterior, sino que también comienzan a generarse imágenes mentales lo que indica la separación de la acción del objeto, lo que permite el desarrollo del lenguaje y los símbolos. Pero estas imágenes aún están centradas en la percepción (la interpretación de las sensaciones). A la base de este proceso está la progresiva diferenciación y construcción del yo, de un yo egocéntrico. Se observan nuevas diferenciaciones, pero que se mantienen en el plano intraindividual.

En esta edad surgen las relaciones interpersonales y de intercambio, sin embargo, existe dificultad para ponerse en el lugar de otro y comprender un punto de vista distinto por la primacía del propio. Sus preconcepciones están basadas esencialmente en sus propias percepciones.

Así el juego se transforma en una herramienta terapéutica importante, ya que a esta edad es posible que los niños puedan representar sus emociones, sentimientos y percepciones de lo ocurrido a través de la acción.

En esta etapa se vive un proceso en que las imágenes mentales se verán menos sometidas a

su relación con la configuración perceptiva (Piaget, 1954/2005, p.69), por lo que al avanzar en este proceso de desarrollo, es posible que alrededor de los 6 o 7 años, estas imágenes puedan referirse a la reconstitución del pasado, a la evocación de objetos ausentes y la anticipación de acciones futuras. Así, la información recabada a través del juego puede ser más dinámica, reconstituyendo los posibles escenarios antes de la catástrofe, permitiendo de esta forma comprender históricamente la traumatización y los factores implicados en ella. Desde los 5 años es posible introducir técnicas icónicas sencillas como el dibujo.

Desde los 7 hasta aproximadamente los 10 años, comienza a operar la lógica. Ésta inunda todas las áreas de desarrollo del niño, ya que la vida social implica la necesidad de pensamientos de permanencia. Aquí las niñas y niños buscan respuestas concretas y reales, por lo que metáforas y aforismos resulta poco afortunado en un proceso psicoterapéutico. La estructuración de la realidad se realiza por medio de la propia razón, en donde los menores son capaces de comprender conceptos o distinguir clases con que organizan un sistema configurativo de la realidad.

En este proceso también ya son capaces de considerar la perspectiva de los demás, es decir, consideran las motivaciones personales y sociales en una y otra persona, aunque con dificultad de integración con las propias. En este momento son capaces de comprender reglas y códigos de acción por lo que psicoterapéuticamente es posible aplicar técnicas más complejas como juego de roles, de reglas o dramatizaciones, además del dibujo, marionetas y complementarlo con técnicas de diálogo y verbalización.

Alrededor de los 12 años en adelante, el joven comienza a operar según pensamientos más abstractos, aquí comienzan a surgir las ideas. El joven es capaz de razonar de forma hipotético-deductiva, es decir la inteligencia "puede operar de ahora en adelante, no sólo sobre los objetos y sobre las situaciones, sino también sobre las hipótesis, y de esta forma, tanto sobre lo posible como sobre lo real" (Piaget, 1954/2005, p.99). Aparte de las operaciones simples como las destacadas en el estadio anterior, conceptos y clases, es posible distinguir operaciones de segundo orden, es decir aquellas operaciones sobre operaciones, nos referimos a la reflexibilidad. La capacidad de reflexión como retorno del pensamiento sobre sí mismo (Piaget, 1954/2005) entrega nuevas posibilidades terapéuticas como la utilización de técnicas verbales, como el diálogo directo, e icónicas de mayor complejidad como los afiches, donde es necesario poder expresar en forma concisa ideas a través del lenguaje y la imagen o la creación de historietas.

Brevemente se han explicado algunas consideraciones desde el constructivismo evolutivo piagetano, además de la recomendación de algunas técnicas apropiadas para su nivel de desarrollo. Pero el trabajo psicoterapéutico no solamente puede abocarse en el individuo, mucho menos en un contexto de posdesastre, es por ello necesario un trabajo en conjunto y multidisciplinario para responder de la forma más oportuna y efectiva a las víctimas por estos eventos. En este sentido, es necesario advertir a padres, familiares y maestros que deben observar cuidadosamente e identificar tempranamente cualquier modificación en las conductas habituales de los menores.

También es necesario considerar que no debe hacerse con los niños y adolescentes frente a una posible traumatización en el acto clínico. En primer lugar no debe forzárselos a hablar o expresar sus sentimientos ya que las intervenciones de tipo catártico que promueven la memoria del trauma pueden resultar dañinas. Esto es diferente a proporcionarles espacios de libre expresión y acompañamiento. Tampoco se les debe imponer ideas o formas de reaccionar o comportarse, promoviendo en ellos así la desesperanza, la culpabilidad y la dependencia. Importante también es evitar el exceso de ayuda o sobrecarga profesional en los lugares siniestrados por desastres naturales ya que, generalmente provienen de instituciones distintas que acuden a la emergencia sin un plan articulador e integrativo, por lo que las víctimas se ven enfrentados a una multitud de profesionales con buenas intenciones sin relación entre sí, lo que en terapia puede provocar una mayor traumatización y confusión.

Análisis

La atención y el tratamiento en niños, niñas y adolescentes en contextos de posdesastre, especialmente frente al trauma psicosocial que ello implica, requiere de una aproximación detallada y enmarcada dentro de un marco teórico sólido que permita a los psicólogos una aproximación adecuada y pertinente a un fenómeno más social de lo que se cree, donde las intervenciones individualistas y psicologistas no abarcan la complejidad de la situación.

Las reacciones de los niños dependen de una variedad de factores, como su edad, la familia, el contexto socioeconómico, etcétera, repercutiendo principalmente en sus conductas. Es por ello importante que familiares, educadores y profesionales de la salud conozcan las reacciones

típicas que se esperan afecten a los menores que han vivido la experiencia de una catástrofe natural.

Pero no tan solamente se trata de promover la salud en contextos de catástrofes, sino también, contar con planes y programas articulados y multidisciplinarios para la atención de salud desde un punto de vista comunitario, para así abordar la psicopatología como una problemática de arraigadas raíces sociales, destacando los determinantes socioambientales de los síntomas individuales (Cantera, 2004). Pero con esto no nos referimos a simplemente ampliar el aspecto de la psicopatología al grupo o a la sociedad, lo que resulta un ejercicio superficial, ya que implica más bien un cambio paradigmático, desde un modelo biomédico a una compleja multidimensionalidad del entorno en que se desenvuelven las personas que hace que su salud no se remita simplemente a una concepción individualista de la patología sino también a la economía, a la política, al derecho, a la educación, al mercado, a las redes de apoyo, etcétera. Así Cantera (2004) explica que la intervención comunitaria, principalmente abocada a la promoción de salud y bienestar social, funciona como una especie de bisagra que articula la función clínica con la política social.

Estas intervenciones terapéuticas en contexto de poscatástrofes naturales deben apuntar a minimizar los trastornos en las personas y en los grupos que se han visto afectados y que han quedado en un estado de vulnerabilidad biopsicosocial. En la atención psicosocial a los menores es importante asegurar la protección y el acompañamiento, así como la normalización de las condiciones psíquicas de los niños, niñas y adolescentes anterior a la crisis en conjunto con

los padres y otros trabajadores sociales.

Las intervenciones de atención y de recuperación psicosociales deben adaptarse al momento que los niños están viviendo y, obviamente, según la edad. Deben ser atractivas y motivantes para ellos, por lo que es recomendable que se utilicen técnicas como dibujos, historietas, juegos, dramatizaciones, role-playing, etcétera. Es fundamental también que las actividades se adapten a las realidades culturales de las poblaciones afectadas y a los recursos comunitarios disponibles, contando con la aprobación y el apoyo de los padres. Es por ello imperante conocer el lugar donde se lleva a cabo el ejercicio profesional.

Así la psicoterapia constructivo evolutiva se transforma en una herramienta con una concreta base teórica y con una metodología apropiada para efectos de la atención psicosocial en niños, niñas y adolescentes en contextos de posdesastre.

Discusión

En este artículo se ha buscado exponer las ventajas y la pertinencia de la utilización del enfoque constructivo evolutivo en la intervención frente a la traumatización psicosocial causada por desastres naturales. Primero, es importante recalcar que una terapia por muy breve que pueda ser, es imprescindible que se sustente en una sólida teoría que no solamente entregue los elementos prácticos de la acción terapéutica sino también el marco de comprensión del psiquismo humano, a través del cual cada profesional se relacionará con el sujeto. Resulta imperante a su vez, comprender este enfoque dentro de las nuevas disposiciones en salud mental las cuales nacen en la demanda y necesidad de incorporar lo psicosocial a la práctica clínica. Como

profesionales no podemos rehuir al contexto político y social en donde desempeñamos nuestras funciones, menos aún, de reducir al sujeto a mero objeto biológico.

Es por ello que se debe evitar todo enfoque que reduzca al trauma a una patología puramente física o psíquica sin tener presente la necesidad de incorporar aquellos tópicos socioeconómicos, políticos y culturales que inciden en el proceso de traumatización. El trauma no es simplemente una enfermedad, sino también un proceso social y político. Los planes y estrategias de apoyo e intervención en crisis deberían considerar estos elementos, trabajando desde la multidisciplinariedad y en función de una definición de trauma abarcativa y compleja centrándose en su proceso de desarrollo desde la historicidad de la comunidad afectada.

El enfoque constructivista-evolutivo ofrece un marco comprensivo para el tratamiento del trauma psicosocial en niños, niñas y adolescentes frente a catástrofes naturales, que permite entenderlo como un proceso psicopatológico marcado por el desequilibrio entre el medio y el sujeto. Así, es posible elaborar criterios que se deben considerar para la preparación e implementación de una psicoterapia que considere los aspectos diferenciales del fenómeno y que respete su individualidad sin olvidar sus profundas raíces sociales. El diagnóstico no debe guiar en sí el tratamiento sino la comprensión de los síntomas en el contexto social y del desarrollo evolutivo de cada sujeto, por lo que es posible un tratamiento diferenciado y personalizado sin que por ello se pierda la rigurosidad terapéutica.

Esta terapia apunta al desarrollo de la persona

consigo mismo y con el contexto, lo que se ve reflejado en la comprensión de mecanismos ambientales óptimos o protectores del desarrollo logrando la formación, corrección o consolidación del desarrollo psicológico, donde el terapeuta es un "acompañante" en este proceso de co-construcción (Sepúlveda, 2008).

El trauma psicosocial aparece dentro del proceso de desarrollo del infante o adolescente, donde estos tienen problemas para expresar lo que les ocurre, habiendo dificultades para integrar experiencias vivenciadas en su continuo vital debido a la falta de ciertas estructuras del pensamiento lógico formal que apunta hacia una mayor abstracción de lo fáctico y concreto. Todas estas contradicciones o dificultades pueden generar que el niño no pueda sortear ciertas dificultades, entrapándose en un proceso psicopatológico.

El papel del terapeuta es de vital importancia dentro del proceso psicoterapéutico. Desde este enfoque específicamente, es él quien debe ser capaz de generar cambios en el paciente, a partir de los fenómenos propios de la persona y del cuadro que presente. Así, el terapeuta no debiera tomar el diagnóstico del niño como una guía para la terapia, etiquetando al sujeto bajo una categoría rígida y estática, sino que debe tomar ese elemento como una herramienta para lograr establecer las necesidades evolutivas y así restablecer un equilibrio cognoscitivo, logrando que el niño sea más flexible, generativo y abstracto de acuerdo al nivel del desarrollo en el que este se encuentre. En otras palabras, lo que el terapeuta debe lograr, es potenciar el desarrollo del niño a través de los diversos cambios significativos alcanzados durante el período de psicoterapia.

Referencias

American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4a. versión (DSM-IV). Barcelona: Masson.

Armañanzas, G. (2009). Transmisión transgeneracional del trauma de nuestra guerra civil. *Revista Norte de salud mental*, 34, pp. 44-51. Recuperado en enero, 03 de 2010 de http://www.ome-aen.org/NORTE/34/NORTE_34_070_44-51.pdf

Becker, D. & Wayermann, B. (2006). *Género, transformación de conflictos y enfoque psicosocial*. Recuperado en noviembre, 26 de 2009 de http://www.sdc.admin.ch/es/Pagina_principal/Temas/Genero/Gender_tools/ressources/resource_de_64499.pdf

Bowlby, J. (1989) *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós.

Cantera, L. (2004). *Psicología comunitaria de la Salud*. En G. Musitu, J. Herrero, L. Cantera & M. Montenegro (Eds.). *Introducción a la Psicología Comunitaria* (pp. 37-54). Barcelona: UCO.

Casas, G. (2006). Atención psicosocial a la infancia y la adolescencia. En J. Rodríguez, M. Zaccarelli & R. Pérez (Eds.). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres* (pp.97-125). Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado en enero, 03 de 2010 de <http://www.paho.org/Spanish/DD/PED/GuiaPracticadeSaludMental.pdf>

Cruz, F. & Roa, V. (2005) *Intento suicida en niños y adolescentes: Criterios para un modelo de intervención en crisis desde el enfoque constructivista evolutivo*. (Tesis inédita de titulación). Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Echeverri, S. (2000). Proceso de desastre y sus efectos – Percepción de riesgo. En J. López (Ed.) *Intervención psicosocial en conflictos armados y desastres de origen natural* (pp. 1-10) Medellín: Instituto de Ciencias de la Salud. Recuperado en enero, 04 de 2010 de <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc14938/doc14938-a.pdf>

Flavell, J. (1982). *La psicología evolutiva de Jean Piaget*. Barcelona: Ed. Paidós.

Gómez, D., Mesa, A. & Moreno, A. (2000). Intervención en crisis. Proceso de desastre y sus efectos – Percepción de riesgo. En J. López (Ed.) *Intervención psicosocial en conflictos armados y desastres de origen natural* (pp. 103-116). Medellín: Instituto de Ciencias de la Salud Recuperado en enero, 04 de 2010 de <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc14938/doc14938-g.pdf>

González, L. & García, H. (2000). *Acciones comunitarias ante los desastres*. Recuperado de Guidano, V. (1994). *El sí mismo en proceso*. Barcelona: Paidós.

López, J. (2000). Introducción. En J. López (Ed.) *Intervención psicosocial en conflictos armados y desastres de origen natural* (pp. vii-x). Medellín: Instituto de Ciencias de la Salud Recuperado en enero, 04 de 2010 de <http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc14938/doc14938-a.pdf>

Macurán, G. (2005). *Efectividad de la psicoterapia cognitiva constructivista evolutiva en el desarrollo de la organización del sí mismo en niños*. (Tesis inédita de maestría). Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Martín-Baró, I. (1990). Guerra y trauma psicosocial del niño salvadoreño. En I. Martín-Baró (Ed.). *Psicología social de la guerra: Trauma y terapia* (pp. 35-39). San Salvador: UCA Editores.

Movilización y organización de la comunidad. (2003). Recuperado en enero, 05 de 2010 de <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/7055.pdf>

Piaget, J. (1954/2005). *Inteligencia y afectividad*. Buenos Aires: Aique Grupo Editor.

Pocasangre, C., González, S. & Alas, S. (s.f.). *Manual de intervención en crisis en situaciones de desastre*. Recuperado en enero, 04 de 2010 de http://www.crid.or.cr/cd/CD_comunitario/pdf/spa/doc14068/doc14068-contenido.pdf

Quiroga, F. (2005). *Estudio de la Organización de la Estructura de Personalidad en Niños entre 5 y 8 años de edad, que presentan un Trastorno de Inestabilidad Emocional de tipo Limítrofe, a través del Test de Rorschach*. (Tesis inédita de maestría). Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Ronen, T. (2003). *Cognitive-Constructivist Psychotherapy with children and adolescents*. New York: Kluwer Academic.

Sepúlveda, M. (2008). Perspectiva constructivista evolutiva en psicología clínica infanto-juvenil. En A., Kaulino & A., Stecher (Eds.). *Materiales para una cartografía de la psicología contemporánea: Tradiciones teóricas y campos profesionales* (pp.209-230). Santiago: LOM.

Sepúlveda, M. (2003). Autonomía moral: una posibilidad para el desarrollo humano desde la ética de la responsabilidad solidaria. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 1 (1), pp. 27-35.

Sepúlveda, M. (2001) Organizaciones evolutivas de la depresión y su tratamiento desde una perspectiva cognitiva evolutiva constructivista. *Revista Asociación de Psicólogos Infanto-Juveniles*, 1 (1), pp. 42-51.

Sepúlveda, M. & Larraín, S. (1997). *Somos personas*. Santiago: Departamento de Psicología Universidad de Chile.

Yáñez, J., Gaete, P., Harcha, T., Kühne, W., Leiva, V. & Vergara, P. (2001). Hacia una metateoría constructivista cognitiva de la psicoterapia. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10 (1), pp. 97-110.

TRANSFERENCIA DE CONOCIMIENTOS: FORMACIÓN DE PROFESIONALES DE SALUD MENTAL ANTE DESASTRES EN NICARAGUA¹

* **García-Renedo, M.; Martínez López, S; Gil-Beltrán, J. M; Valero-Valero, M; Lázaro Guillamón, C y Rodríguez Cruz, J****

* **Observatorio Psicosocial de Recursos en Situaciones de Desastre. Oficina de Cooperació al Desenvolupament i Solidaritat. Universitat Jaume I; opside@uji.es**

** **Facultad de Ciencias Médicas. Departamento de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León**

RESUMEN

Desde el Observatorio Psicosocial de Recursos en Situaciones de Desastre de la Oficina de Cooperación al Desarrollo y Solidaridad (Universitat Jaume I) y la Universidad Autónoma Nacional de Nicaragua-León, y desde la premisa de que la formación en prevención es un pilar básico de nuestro marco de actividad, hemos llevado a la práctica en Nicaragua el proyecto de cooperación para el desarrollo: "Formación de profesionales de la salud mental en prevención e intervención psicosocial en situaciones de desastres". En el presente artículo se presentarán el proceso y los resultados obtenidos en el mismo.

Palabras claves: desastres, universidad, intervención psicosocial, Nicaragua, capacitación.

ABSTRACT

Focusing on prevention as a cornerstone, the Psychosocial Observatory on Resources in Disaster Situations at the Universitat Jaume I

together with the Universidad Autónoma Nacional de Nicaragua-León has carried out a for development in Nicaragua: "Training mental health professionals in psychosocial prevention and intervention in disaster situations". This paper presents the process followed in the project and the results obtained.

Keywords: disasters, university, psychosocial intervention, Nicaragua, training

1-Introducción

Los accidentes, desastres y emergencias son situaciones que acontecen en todos los lugares del mundo. No obstante, los factores de vulnerabilidad (pobreza, inadecuadas infraestructuras, escasos mecanismos de coordinación y falta de preparación de la población...) inciden en unos países más que otros. Desastres como el terremoto de Italia (2008), las inundaciones en el Salvador (2009) y los últimos sucesos acontecidos en España (inundaciones y ciclones en el norte de la

¹ El presente proyecto de cooperación universitaria para el desarrollo ha sido subvencionado por la Conselleria de Inmigración y Ciudadanía de la Generalitat Valenciana (3011/2008: Formación de profesionales de la salud mental en prevención e intervención psicosocial en situaciones de desastre").

Península) han dejado cuantiosos daños materiales y pérdidas humanas. De hecho, según el Informe Mundial de Desastres (2004), el número de desastres naturales y tecnológicos está aumentando, mientras que entre 1994 y 1998 se registró una media anual de 428 desastres, entre 1999 y 2003 aumentaron casi dos tercios: 707 desastres. De 2004 a 2008 se registró una media anual de 703 desastres (Informe Mundial de Desastres, 2009).

A los efectos de los desastres considerados como "naturales" tenemos que añadir aquellos producidos por la acción intencionada del hombre: las guerras y violencia. En 2001 han estado activos 32 conflictos armados importantes (22 internos y 10 internacionales) y en toda la década se han registrado unos 120 conflictos armados. En 2000 murieron como consecuencia directa de las guerras más de 60.000 personas (Sanahuja, 2002).

Todas estas situaciones son una gran fuente de estrés para las comunidades implicadas. Además de las pérdidas humanas y materiales, estos sucesos tienen un gran impacto en la salud mental de las poblaciones afectadas.

La Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española (Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo, 2007) destaca como una prioridad sectorial en el ámbito de salud, la atención a la salud mental de la población en situaciones de postcastástrofe y el fortalecimiento de redes de apoyo a procesos de duelo o impacto traumático. A pesar de ello, las agencias e instituciones que trabajan en este ámbito no han prestado mucha atención en contemplar la salud mental en desastres como parte de una respuesta integral. Los esfuerzos

realizados se centran en intervenciones paliativas y reactivas.

En el presente artículo se presenta una experiencia práctica llevada a cabo conjuntamente entre el Observatorio Psicosocial de Recursos en Situaciones de Desastre de la Oficina de Cooperación al Desarrollo y Solidaridad (Universitat Jaume I) y la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León sobre la capacitación de personal de salud mental en el Departamento de León (Nicaragua).

2-Papel de la Universitat Jaume I ante desastres y emergencias: Observatorio Psicosocial de Recursos en Situaciones de Desastre (OPSIDE)

Como ya hemos destacado, en estas situaciones traumáticas, además de ofrecer una respuesta básica para cubrir las necesidades de los afectados (alojamiento, asistencia médica, alimentación...) cobra suma importancia tener en cuenta la dimensión psicosocial. Por ello, cada vez más, las instituciones y organizaciones requieren personal formado técnica y psicológicamente para dar una respuesta integral a los afectados.

Aunque no está en nuestras manos impedir que ocurra un desastre, las instituciones tenemos un papel importante que cumplir tanto en lo preventivo como en lo paliativo.

La Universitat Jaume I no es ajena a esta realidad. A raíz del desastre de Biescas (1997), se generó un grupo de trabajo que posteriormente dio lugar al Observatorio Psicosocial de Recursos en Situaciones de Desastres (OPSIDE). El objetivo de este grupo

era hacer un análisis de la situación actual mundial y española de la intervención psicosocial en desastres. Con esta idea se presentó a los correspondientes órganos universitarios un proyecto de trabajo para que la universidad se pudiera dar respuesta a las necesidades de formación y asesoramiento que fueron detectadas. Así, la Universidad Jaume I, apostó fuerte por este trabajo y el 27 de abril de 2004 se puso en funcionamiento el Observatorio Psicosocial de Recursos en Situaciones de Desastre (OPSIDE). Este área es uno de los proyectos de trabajo de la Oficina de Cooperación al Desarrollo y Solidaridad (OCDS) y su objetivo es llegar a crear un espacio de recursos que incorpore herramientas para la información, la investigación, la formación y el asesoramiento en diferentes aspectos psicosociales en desastres. En concreto, las acciones de trabajo se llevan a cabo en tres áreas específicas:

- formación y asesoramiento.
- recursos y comunicación.
- investigación.

En el área de formación y asesoramiento estamos trabajando para ofrecer formación psicológica a diferentes colectivos que desarrollan su trabajo en emergencias y desastres (psicólogos, cooperantes, policías, bomberos, profesionales sanitarios...). En formación y asesoramiento, otra línea de trabajo es el diseño de programas preventivos que permitan abordar desde el entorno escolar y familiar las consecuencias derivadas de situaciones traumáticas y su preparación.

En el área de recursos y comunicación se ofrecen recursos a la población y personal interviniente. Uno de los proyectos es una página

web especializada en materia de intervención psicosocial en emergencias y desastres (www.opside.uji.es), en ella, se ofrecen multitud de recursos (artículos, manuales, listados de centros de ayuda a afectados, páginas web de interés, cursos y jornadas...). Otro de los proyectos de este área es un espacio de recursos (manuales y DVDs) sobre psicología y desastres ubicado en la biblioteca de la Universidad (en la actualidad disponemos casi de 200 manuales en diferentes idiomas).

Finalmente, en relación con la investigación, desde el Observatorio también se están llevando a cabo investigaciones que permitan conocer cómo la población responde a situaciones de desastre. En la actualidad contamos con cuatro líneas de investigación: repercusiones psicológicas de los atentados 11-m en los escolares castellonenses (fruto de este trabajo está en funcionamiento una página web que ofrece asesoramiento a padres sobre cómo abordar estas situaciones desde el entorno familiar,

<http://www.opside.uji.es/desastres2/index.html>), resiliencia, discapacidad y desastres y medios de comunicación y desastres.

Desde nuestra apuesta por la internacionalización también hemos ampliado nuestra colaboración con aquellos países que son vulnerables a desastres, como es el caso de Nicaragua. Dicha colaboración se detalla más específicamente en los apartados 3 y 4.

Finalmente, y con la intención de vincular los resultados de investigación a las necesidades sociales, hemos lanzado la campaña "Seis meses, seis reflexiones" en el que durante seis meses profesionales que trabajan en éste ámbito,

ofrecen a los lectores de un periódico local un artículo de reflexión sobre diferentes temas relacionados con la intervención psicosocial en desastres.

En definitiva, a pesar de que cada vez más, las instituciones y organizaciones están profundizando en el tratamiento de las situaciones de desastre y emergencia, aun queda una labor importante en el ámbito de la prevención y formación. Dado el aumento de desastres en los últimos años, o al menos teniendo en cuenta las importantes repercusiones psicosociales en los afectados, se crea la necesidad de contar con suficientes recursos para intervenir eficazmente en este tipo de situaciones. Esta intervención será más efectiva y eficiente si previamente la población y los agentes implicados han recibido una formación adecuada para hacer frente a situaciones de emergencia. Por ello, el Observatorio Psicosocial de Recursos en Situaciones de Desastre (OPSIDE) pretende ser un espacio que gestione los diferentes recursos en esta materia, así ofrece información, formación, asesoramiento e investigación a los diferentes sectores de la población afectados por situaciones traumáticas.

3-Situación actual de la intervención psicosocial en el Departamento de León.

(Nicaragua): Proyecto de formación de profesionales de la salud mental en intervención psicosocial en desastres.

Nicaragua, al igual que el resto de la región Centroamérica, posee unas diversidades biológicas y de ecosistemas, sometidas a una serie de amenazas naturales como huracanes,

terremotos, etc. De hecho, en los últimos 30 años, siete importantes huracanes y cinco tormentas tropicales han golpeado al país, de los cuales Fifi (1974), Joan (1988), Mitch (1998) y Félix (2008), fueron los más devastadores. Estas amenazas se agudizan por las condiciones sociales, políticas, económicas, y sobre todo de pobreza que vive el país.

En concreto, el Departamento de León, situado en la zona nordoccidental de la región del Pacífico y con una población que supera los 374.000 habitantes, ha sufrido diferentes fenómenos naturales como erupciones del Cerro Negro (cada 30 años aproximadamente), sismos, inundaciones... El último Huracán (2008), Alma, destruyó gran parte de las infraestructuras (casas, carreteras...), dejando al descubierto el débil sistema de alarma y prevención que existe.

En materia de prevención y planificación en desastres, no fue hasta el paso del Huracán Mitch por Nicaragua (1998) y debido a los daños causados por éste, cuando se vio la necesidad de implantar recursos necesarios para la prevención y mitigación de los daños causados por estos sucesos. Así, a partir del año 2000, fueron creadas las bases legales y administrativas para abordar esta situación de forma institucional. El 8 de marzo del año 2000, la Asamblea Nacional aprobó la Ley 337, con la cual se creó el Sistema Nacional para la Prevención, Mitigación y Atención a Desastres (SINAPRED) y posteriormente se creó en el 2001 el Plan nacional de respuesta ante desastres en Nicaragua (PNRDN) como parte del proceso de planificación estratégica iniciada por el SINAPRED. Este programa fue revisado y actualizado en 2008. Consideramos necesario destacar que este programa no recoge claramente la importancia de la prevención e

intervención psicosocial en desastres y emergencias.

Al igual que en el caso de la prevención general en desastres, se obtuvieron experiencias en el marco de la intervención psicosocial durante la atención a las víctimas del huracán Mitch (1998), y posteriormente en otras como la erupción del Volcán San Cristóbal (1999), el Terremoto del

Masaya (2000) y en la reciente situación de desastres en el Municipio de Río Blanco y el Atlántico Norte, producto del Huracán Félix. Estas experiencias permitieron al Programa Nacional de Salud mental del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa) recoger algunas de las características o déficits que se detectaron. Éstas se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de las experiencias en intervención psicosocial en Nicaragua.

- Pobre organización para enfrentarse al desastre y sus consecuencias.
- Escasos recursos humanos y materiales.
- Falta de coordinación interinstitucional.
- Falta de prioridad en la atención de los conflictos psicológicos que el trauma genera por parte de las autoridades.
- Falta de seguimiento a medio y a largo plazo de los problemas psicológicos derivados del desastre.
- Problemas de equidad en la distribución de los recursos.
- Falta de apoyo y atención al personal de socorro.
- Dificultad en el manejo de las víctimas del desastre por parte del personal de salud y otras instituciones.
- Sensibilización y toma de conciencia sobre el sentir, pensamiento de los damnificados
- Motivación al autoaprendizaje sobre aspectos de desastre y búsqueda de otras alternativas psicoterapéuticas.

Fuente: Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa)

Siguiendo lo expuesto, las lecciones que se han desarrollado en materia de intervención psicosocial en desastres (MINSa) son:

- Necesidad de coordinación entre la sociedad civil y las instituciones gubernamentales en el conocimiento del abordaje psicosocial adecuado para la atención a las víctimas de los desastres naturales.

- Necesidad de la capacitación, en especial de la comunidad en el abordaje psicosocial.
- Lo más importante que se ha constatado es que la intervención en salud mental en situaciones de desastre no puede limitarse a ampliar la cobertura de los servicios especializados. Junto a esto, es necesario elevar el nivel de resolución de

los problemas psicosociales de los trabajadores de atención primaria en salud: socorristas, voluntarios y otros agentes comunitarios (Organización Panamericana de la Salud, 2006).

Por estas razones y dada la experiencia en esta materia, desde el Observatorio Psicosocial de Recursos en Situaciones de Desastre (OPSIDE) de la Universidad Jaume I conjuntamente con la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León, se puso en marcha el proyecto de "Formación de los profesionales de la salud mental en prevención e intervención psicosocial en situaciones de desastre", subvencionado por la Conselleria de Inmigración y Ciudadanía de la Dirección General de Cooperación al Desarrollo y Solidaridad de la Generalitat Valenciana (2008).

El objetivo general de este proyecto ha sido contribuir al fortalecimiento del sistema nicaragüense de respuesta psicosocial en situaciones de desastres y emergencias. De forma específica, se pretendía capacitar a recursos humanos locales expertos en salud mental para dar una respuesta psicosocial en emergencias y desastres. Para ello, como primer paso, representantes de la UNAN-León hicieron una visita institucional a la UJI para firmar un convenio entre ambas instituciones. En él se especifica el Plan General de Actividades (PGA) a los efectos de formalizar el compromiso entre ambas instituciones, así como la promoción de la participación activa de nuestra contraparte. Del mismo modo, con el objetivo de fomentar la sensibilización universitaria, la persona responsable del proyecto en la UNAN-León (psicólogo) impartió una conferencia de la situación actual de Nicaragua en intervención psicosocial en desastres.

El proyecto consta de dos partes esenciales: la realización de un estudio de análisis de necesidades y la puesta en marcha de un curso de capacitación a profesionales de la salud mental. A continuación describimos ambas partes.

3.1- Análisis de necesidades en materia de intervención psicosocial en desastres en el Departamento de León (Nicaragua).

El primer objetivo que nos planteamos, después de haber mantenido reuniones de coordinación, fue realizar un análisis de la situación en materia de intervención psicosocial en desastres a fin de detectar cuáles eran las necesidades en este ámbito. El estudio se llevó a cabo en tres sectores de la población: agencias locales del Departamento de León (gubernamentales y no gubernamentales), profesores de psicología de la UNAN-León y personal de la población local.

a)- Estudio de necesidades percibidas por las agencias locales gubernamentales y no gubernamentales:

En este caso, se envió una carta institucional desde la UNAN-León invitando a representantes de diferentes instituciones gubernamentales y no gubernamentales a una reunión para explicar el proyecto y pedir su colaboración en el estudio. En esta reunión, participaron 15 representantes de entidades tanto gubernamentales como no gubernamentales. En la Tabla 2 se muestran las instituciones que participaron.

Para la recogida de información, el equipo de trabajo del Observatorio Psicosocial de Recursos en Situaciones de Desastres (OPSIDE) de la

Oficina de Cooperación al Desarrollo y Solidaridad (OCDS), en colaboración con el equipo de trabajo

de la UNAN-LEÓN se elaboraron dos cuestionarios:

Tabla 2- Organizaciones que participaron en el estudio.

ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES	ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES
Ministerio de salud (MINSA)	Asociación Mary Barreda
Defensa civil	Centro de Información y Servicio de Asesoría en Salud (CISAS)
Ministerio de Gobernación	CARAS
Policía Nacional de Nicaragua	

- a) Cuestionario sobre mitos y realidades del comportamiento humano en situaciones de desastre:

El objetivo de este cuestionario es conocer las creencias que tienen las personas sobre diferentes aspectos del comportamiento humano en desastres. Dicho instrumento consta de 12 afirmaciones sobre las que los profesionales debían señalar si la afirmación era verdadera o falsa

- b) Cuestionario sobre intervención psicosocial en situaciones de desastre:

La finalidad es este cuestionario, es conocer la formación o necesidades formativas que tiene el personal que trabaja en las agencias objeto del presente estudio. El cuestionario está formado por preguntas abiertas y cerradas.

Con respecto a los resultados obtenidos, hemos podido observar que existen algunos mitos generalizados en torno al comportamiento

humano en desastres. Es destacable que el 86,7% de los representantes de las instituciones consideran que la mayoría de las personas del área impactada muestran shock emocional y bloqueo después del impacto del desastre, el 46,7% considera que las conductas de pánico son frecuentes, un 46,7% considera que las personas no son capaces de desarrollar estrategias de afrontamiento para superar psicológicamente un desastre y el 46,7% considera que las reacciones a desastres son comunes en todas las culturas.

A todo esto hay que añadir que, a pesar de que la mitad de los profesionales había recibido alguna formación en éste ámbito, todos ellos estaban interesados en recibir un curso de capacitación sobre intervención psicosocial en desastres. En la tabla 3 se muestran los contenidos que debería tener la formación las personas responsables de atender la salud mental de la población, a juicio de las instituciones participantes en el estudio.

Tabla 3- Contenidos necesarios que debería tener un curso de capacitación sobre aspectos psicosociales en desastres

- Acciones a desarrollar por los profesionales de salud mental en desastres.
- Reacciones y comportamiento de la población.
- Qué decir y qué no decir a las víctimas de desastres.

- Habilidades de comunicación de malas noticias.
- Coordinación entre los profesionales que intervienen en desastres y emergencias.
- Reducción de riesgos en desastres.
- Aspectos socioculturales de la región.
- Análisis de necesidades y evaluación de daños en salud mental.
- Primera ayuda psicológica e intervención en crisis.
- Intervención con niños y adolescentes.
- Intervención con grupos con necesidades y grupos de rescate.
- Coordinación de grupos.
- Delimitación de las funciones de los profesionales de salud mental.
- Manejo de grupos y entrenamiento en estrategias de trabajo.
- Protección de la salud mental en equipos de respuesta.
- Intervención psicosocial comunitaria (grupo y familia).
- Técnicas de recuperación psicosocial.
- Grupos de autoayuda para los sobrevivientes.
- Trabajo con grupos en proceso de duelo.
- Intervención en la fase de postimpacto y seguimiento de la población.

Finalmente, en la Tabla 4 mostramos otros desastres en el Departamento de León. profesionales que intervienen en emergencias y

Tabla 4. Otros profesionales que intervienen en emergencias y desastres

- Universidades.
- Organizaciones religiosas.
- Sociedad Civil.
- ONGD y Cruz Roja.
- Funcionarios de alcaldías municipales.
- Ministerio de Salud y Educación.
- Empresas Privadas.
- Policías.
- Defensa Civil y Ejército.
- Líderes comunitarios.
- Voluntarios.
- Médicos, enfermeros y estudiantes de medicina.

La muestra también considera que la formación psicosocial debería generalizarse a otros profesionales, como los mostrados en la Tabla 4. Lo justifican haciendo referencia a que son parte de la intervención, interactúan con las víctimas y en algunas comunidades son ellos los únicos que pueden brindar apoyo psicológico.

3-2- Estudio de necesidades percibidas por profesores de psicología de la UNAN-LEÓN.

En este caso, el análisis se realizó con 15 profesores de psicología de la UNAN-León. El procedimiento y los instrumentos de evaluación han sido los mismos que hemos descrito en el apartado 3.1.

Con respecto a los resultados, en primer lugar hay que destacar que, al igual que en el caso de las personas que trabajan en organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, existen algunas creencias erróneas del comportamiento humano en desastres. Así, observamos cómo el

80% de los profesores considera que las reacciones a desastres son comunes en todas las culturas, el 53% considera que las conductas de pánico son frecuentes, un 33% considera que la mayoría de las personas expuestas a desastres desarrollan un Trastorno de Estrés Postraumático (TEP) y el 43% considera que la mayoría de las persona del área afectada muestran un shock emocional y bloqueo después del impacto del desastre.

En segundo lugar, destacamos que, aunque la mayoría de profesorado había recibido formación básica en intervención psicosocial en desastres, todos ellos consideran que esta formación inicial debería ser reforzada a través de otros cursos de capacitación. Es por ello, que todos los profesores, estaban interesados en recibir un curso de capacitación en intervención psicosocial en desastres. A continuación en la Tabla 3, se muestran aquellos contenidos en los que mostraban más interés (los que aparecen con números es el orden de prioridad que ellos consideran).

Tabla 5. Algunos contenidos en los que los profesores mostraban más interés.

1. Formación sobre las consecuencias psicológicas a exposiciones traumáticas.
2. La gestión del estrés.
3. Las reacciones de duelo en situaciones de crisis.
4. Habilidades de comunicación con los afectados.
5. La comunicación de malas noticias.

Otros contenidos que destacan que debería tener el curso de formación son:

- Proteger la salud mental de los cuidadores.
- Cómo organizar la planificación de un desastre.
- Resiliencia frente a desastres. Recuperar los aspectos perdidos.
- Primeros auxilios psicológicos. Intervención en crisis.
- Atención a diferentes grupos de población (ancianos y niños).
- Prevención y tratamiento en la intervención psicosocial.

- Proceso de rehabilitación.
- Psicología comunitaria.
- Pautas de manejo con niños.
- Alternativas no farmacéuticas en la elaboración del duelo.
- Manejo de albergues.

Como se puede observar en la Tabla 5, los contenidos abarcan todo el ciclo de un desastre; desde la fase de prevención, intervención y post impacto así como la implicación y formación de otros profesionales. Los profesores, también destacan la importancia de recibir formación en la atención a grupos vulnerables (niños, ancianos, etc.). Además, todos los profesores consideraban que los profesionales que intervienen en una emergencia o desastre (Sociedad civil, ONGD, ejército, etc.) deberían recibir formación específica relativa a la intervención en desastres y emergencias.

3.3- Estudio de necesidades percibidas por la población local del Departamento de León (Nicaragua).

En este estudio, la muestra estaba formada por 22 personas de la población del Departamento de León que habían sido afectadas por un desastre. En este caso, además del cuestionario de mitos y realidades, dos psicólogos de la UNAN-León realizaron una sesión participativa en la que se recogió la siguiente información:

- Emociones y reacciones durante la exposición del desastre y los días inmediatamente posteriores.
- Cómo se enfrentaron a la situación.

- Utilidad de la religión o de ritos colectivos.
- Ayuda psicológica recibida; amigos/as, administraciones...
- Utilidad de la ayuda recibida.
- Necesidad de la ayuda psicológica ¿es útil y necesario el apoyo psicológico en estas situaciones? ¿Por qué?
- Conocimiento de recursos comunitarios para la obtención de ayuda psicológica.
- Percepción de la necesidad de formar a la población sobre gestión de riesgos, comportamiento de la población, dónde y cómo solicitar ayuda y cómo protegerse en estas situaciones.

Los principales resultados de este análisis nos indican que existen mitos con respecto al comportamiento humano (por ejemplo, el 96% considera que las personas expuestas a un desastre desarrollarían un Trastorno de Estrés Postraumático, el 87% considera que se producen conductas de pánicos y el 43% considera que las personas no son capaces de desarrollar estrategias de afrontamiento).

En la Tabla 6 se muestran las emociones y reacciones que presentaron durante su experiencia en el desastre y después del desastre.

Tabla 6. Emociones y reacciones durante el desastre y los días inmediatamente posteriores.

Durante	Después
– Desesperación.	– Alivio.

- Angustia.
- Impotencia.
- Temor.
- Miedo.
- Incertidumbre.
- Inseguridad.
- Nerviosismo.
- Ansiedad.
- Desorientación.
- Llanto.
- Estrés.
- Depresión.

- Incertidumbre.
- Tristeza.
- Depresión.
- Apatía.
- Hiperactividad.
- Serenidad.

Algunos de los participantes declaran que no recibieron ningún tipo de ayuda psicológica. Fueron sus redes de apoyo ordinarias (ciudadanos, amigos y vecinos) los que les prestaron esta ayuda. También destacan que algunas organizaciones les proporcionaron ayuda (SINAPRED, Ministerio de Salud de Nicaragua, Defensa Civil, Ministerio de Gobernación) y les sirvió para orientarles y proporcionarles calma, sentirse útiles y activos, circunstancias que favorecieron su reintegración en la vida cotidiana. La religión también llega a ser una fuente de ayuda importante. A pesar de ello, consideran que los servicios comunitarios carecen de recursos humanos especializados (psicólogos y trabajadores sociales) y por ello, es necesario contar con estos profesionales para ofrecerles orientación psicológica en estas situaciones. Finalmente, mencionan que la formación a la población es necesaria para poder participar activamente en la gestión del riesgo y poder contribuir a disminuir las pérdidas humanas y materiales.

En definitiva, estos estudios pusieron de manifiesto la necesidad de sensibilización y formación en prevención e intervención psicosocial en desastres de los profesionales que intervienen en este tipo de situaciones, así como de la capacitación de la población civil en temas

de salud mental y desastres.

En base a estos estudios fueron propuestos los contenidos a abordar en un curso de capacitación para formar a profesionales de la salud mental en intervención psicosocial en desastres.

A continuación en el punto 4 se detalla la segunda fase del proyecto: la puesta en práctica de un curso de capacitación para profesionales de salud mental en desastres y emergencias.

4- De la teoría a la práctica: curso de capacitación para profesionales de salud mental en desastres y emergencias.

Una vez detectadas las necesidades formativas, una de las principales actividades realizadas en el marco del proyecto fue un curso de capacitación sobre intervención psicosocial en desastres, llevado a cabo durante los meses de mayo y junio de 2009 en la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, UNAN-León.

El principal objetivo de este curso ha sido proporcionar capacitación a profesionales de la salud mental o aquellos profesiones que tienen encomendadas las labores de atención psicosocial en los aspectos más relevantes de la intervención psicosocial en situaciones de

desastres en Nicaragua.

La capacitación es uno de los pilares del presente proyecto, ya que es fundamental para alcanzar la optimización en la atención psicosocial en situaciones de desastre y emergencia en Nicaragua y, en concreto, en el departamento de León. Además, el proceso formativo permitirá el establecimiento de la creación de una red de intervención psicosocial en desastres, puesto que los diferentes profesionales que hayan recibido esta capacitación podrán realizar una atención inmediata para cubrir las necesidades psicosociales. Este hecho, contribuirá a paliar los efectos a largo plazo en la salud mental de las personas que resultan afectadas por desastres y situaciones de emergencia.

La formación se ha planteado con un marcado carácter teórico-práctico, con una duración de 35 horas, de las cuales 25 horas han sido presenciales en la UNAN-León y las 10 horas restantes se han impartido de forma virtual, a través del aula virtual de dicha Universidad. Los asistentes fueron 25 personas relacionadas con la salud mental. Los contenidos están estructurados en diferentes bloques teóricos y talleres prácticos:

- Contenidos presenciales
 - Bloque I: Aspectos introductorios.
 - Bloque II: La intervención psicosocial actual en Nicaragua.
 - Bloque III: Los afectados por un desastre: planificación, preparación e intervención.
 - Bloque IV: Intervención de los profesionales en salud mental.
 - Talleres prácticos:
 - Experiencia de la intervención

psicológica realizadas tras desastres ocurridos en Nicaragua (huracán Mitch, erupción del volcán Cerro Negro).

- Grupos de riesgo: niños, adolescentes y ancianos.
- Intervención con personas en albergues y campamentos de desplazados.
- Contenidos virtuales
 - Los medios de comunicación y desastres.
 - Intervención psicológica con niños y adolescentes.
 - La fortaleza psicológica. El crecimiento después del trauma.
 - Pautas para la elaboración de un plan de atención psicosocial.

Las sesiones presenciales las impartieron miembros de la UNAN-León y un profesor experto en el tema de atención psicosocial en desastres y emergencias procedente de la Universidad del País Vasco.

Los docentes locales se encargaron de introducir al alumnado asistente en las cuestiones relativas a Nicaragua y la atención psicosocial en desastres, las experiencias previas en este campo, las necesidades planteadas tras estas intervenciones o la necesidad de formar personal especializado en esta temática dada la frecuencia de ocurrencia de sucesos desastrosos en Nicaragua, ya sean erupciones volcánicas, terremotos o huracanes.

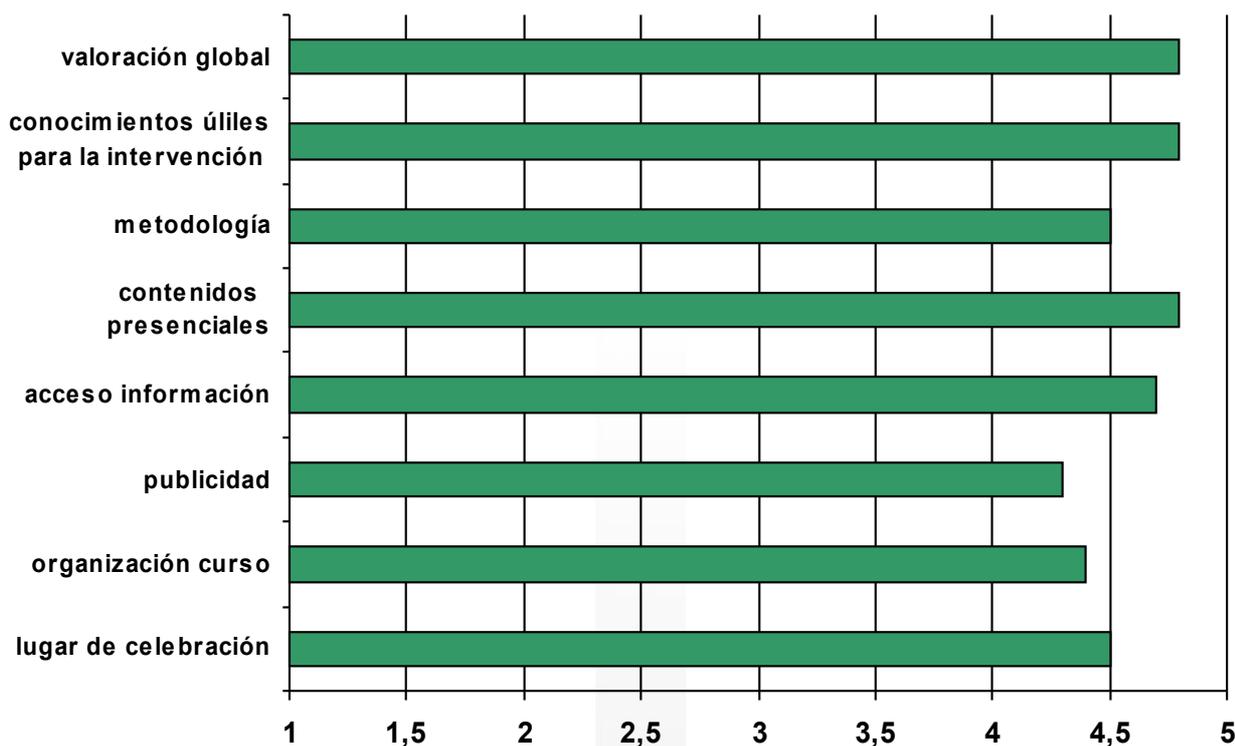
Con respecto a la docencia presencial, que corría a cargo del experto español para impartir las sesiones presenciales se incidió en el comportamiento humano en situaciones de

desastres, las reacciones de los afectados, coordinación, gestión del estrés de los intervinientes y la intervención psicosocial a través de talleres con una vertiente práctica.

Por su parte, las expertas del OPSIDE se ocuparon de los contenidos virtuales del curso. Para la realización de esta parte de la capacitación se trabajó con el alumnado a través de foros de participación en los que se realizaban las intervenciones relativas a cada uno de los temas programados. Así, el alumnado recibía feedback sobre sus intervenciones y se les animaba a que participaran activamente vertiendo sus opiniones o a que fomentaran el debate sobre algunas de las cuestiones propuestas que podían resultar más polémicas, como la posibilidad de que las personas expuestas a sucesos desastrosos resulten fortalecidas tras estas experiencias traumáticas o la función de los medios de comunicación en la difusión de información sobre la ocurrencia de estos desastres.

Al mismo tiempo, tal y como figura en los contenidos del curso, aunque se trabajó de forma general el tratamiento con la población afectada por un desastre o emergencia, se prestó especial atención a grupos de riesgo que pueden resultar

afectados por un desastre como son niños y adolescentes y personas mayores. En este aspecto se trabajó fundamentalmente en la transmisión de malas noticias a la población infantil y adolescente o cómo realizar la atención psicológica en el momento del impacto con ellos, ya que pueden precisar atenciones específicas que difieren de las del resto de grupos de población. Igualmente, respecto a los grupos de población que pueden precisar una atención específica hay que integrar a las personas que se hallan en albergues y campamentos de desplazados, puesto que pueden llegar a precisar una atención psicosocial más allá del momento del impacto, ya que su situación puede perdurar durante un tiempo. También se ha incidido en la importancia de que el alumnado supiera trabajar en la creación de un plan de atención psicosocial en desastres y emergencias con el fin de que en el momento en el que debieran intervenir en estas circunstancias, fueran capaces de aplicar y planificar una intervención estructurada atendiendo a las diferentes demandas que se pueden plantear y a los diversos grupos de población con sus diversidades sociales, comunitarias y culturales. Este plan de atención a la salud mental está relacionado con las sesiones



presenciales relativas a la gestión del desastre en las que se trabajó también la coordinación con otros profesionales de los equipos de primera respuesta o la forma de llevar a cabo la movilización de los intervinientes.

El proceso de capacitación, resultó ser plenamente satisfactorio para el alumnado asistente y para el desarrollo del presente proyecto, así como para la consecución de los objetivos planteados en el mismo. En la Figura 3 se muestran los resultados de la evaluación (escala de 1 a 5)

En la actualidad, estamos trabajando en fortalecer la red de los 25 voluntarios creados a raíz de curso y en breve vinculados al programa de voluntariado UJI-voluntaria. Para ello, dos estudiantes del curso realizaron una visita de trabajo en la UJI para asentar las bases de este equipo de trabajo.

5-Reflexiones y conclusiones

finales.

Por desgracia, la atención psicosocial en desastres no es una prioridad en la agenda de la política de Cooperación Española. Únicamente se menciona en el cruce de prioridades del Plan Director en acción humanitaria en el sector salud, aunque sea desde una perspectiva a largo plazo.

Desde el OPSIDE de la Universitat Jaume I, hemos sido conscientes de la necesidad de incidir en la atención psicosocial en desastres desde una vertiente preventiva. La experiencia llevada a cabo en estos años de funcionamiento ha permitido la internacionalización de nuestras acciones a través del proyecto de cooperación con la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León concedido por la Conselleria de Inmigración y Ciudadanía. Cuyo objetivo ha sido la capacitación de profesionales de salud mental en emergencias y desastres.

El proyecto ha evidenciado que tampoco en Nicaragua, a pesar de la Ley 337 que creó el

sistema nacional para la prevención, mitigación y atención de desastres, la intervención psicosocial es una prioridad, es más, la formación de profesionales de salud mental que puedan incidir en la prevención e intervención es muy escasa.

Las instituciones y organizaciones deben incidir más en acciones que permitan disminuir las

vulnerabilidades; sobre todo en la gestión del riesgo, en el ofrecimiento de información y formación a la población y en la capacitación del personal que interviene en estas situaciones. La dimensión psicosocial cobra suma importancia y debe ser parte primordial de la respuesta integral para favorecer la recuperación de una comunidad después de un desastre.

6-Bibliografía.

- Federación Internacional de las Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja (2004). Informe mundial de desastres. Ginebra.
- Federación Internacional de las Sociedades de la Cruz Roja y Media Luna Roja (2009). Informe mundial de desastres. Ginebra.
- Sanahuja, J. A (2002). Guerras, desastres y ayuda en emergencia. Barcelona. Intermon-Oxfam.
- Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo (2007). Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Madrid.
- 6. Ley 337 (2000). Ley creadora del sistema nacional para la prevención, mitigación y atención de desastres. Nicaragua.
- Observatorio Psicosocial de Recursos en Situaciones de Desastre: www.opside.uji.es

7-Libros recomendados

- Cohen, R (1999). Salud Mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores. México. Editorial Manual Moderno.
- García Renedo, M, Gil Beltrán, J.M y Valero Valero, M (2007). Psicología y desastres: aspectos psicosociales. Cooperació i Solidaritat, Projectes, 6. Servicio de publicación de la Universitat Jaume I: Castellón.
- Martín Beristain, C (1999). Reconstruir el tejido social. Barcelona, Icaria editorial.
- Martín Beristain, C y Dona, G (1997). Enfoque psicosocial de la ayuda Humanitaria. Bilbao.
- Ramos Álvarez, R. (2006). Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes. Melilla. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- San Juan, C (2001). Catástrofes y ayuda de emergencia. Estrategias de evaluación, prevención y tratamiento. Barcelona. Icaria editorial.
- Valero Valero, M; García Renedo, M y Gil Beltrán, J.M (2007). Profesionales de la psicología ante el desastre. Cooperació i Solidaritat, Projectes, 7. Servicio de publicación de la Universitat Jaume I: Castellón

Comunicación de Malas Noticias

Yolanda Bernardo i Gironès, Natxu Brunet i Bragulat

Unitat d'Assistència i Intervenció en Crisi del Cos de Mossos d'Esquadra

El concepto, comunicación de malas noticias, tiende a entenderse con suficiente claridad, no importa quien sea el interlocutor. Sabemos que eso supone dar a alguien una información que le puede causar desde una leve preocupación a un profundo malestar. De manera que resulta una tarea difícil de llevar a cabo.

Determinados profesionales tienen entre sus obligaciones la comunicación a otras personas, de situaciones negativas que les afectan. Médicos y policías lo hacen frecuentemente, aparentemente sin demasiados problemas. Puede parecer que están habituados a ello y lo hacen como cualquier otra parte de su trabajo. No obstante su percepción es muy distinta. Cuando se les pregunta, podemos ver que las cosas funcionan de otro modo.

Tanto la formación como la experiencia en los servicios asistenciales, ayudan al profesional a tomar conciencia del riesgo y la peligrosidad latentes en el desarrollo de su trabajo. Durante su vida profesional, los miembros de los equipos de emergencia, conviven con el sufrimiento de las personas, aprenden a manejar situaciones complicadas en las que la seguridad propia y la ajena se pueden ver comprometidas, por lo que tienden a crear cierta tolerancia frente al dolor y el sufrimiento de los otros. Aun así, los encargados de comunicar malas noticias, perciben esta tarea como la más dura.

Tomando este hecho como punto de partida,

apuntamos que, en cambio, la formación en este ámbito es más bien escasa y por tanto, el profesional puede carecer de los recursos necesarios para afrontar este tipo de comunicación con un doble resultado negativo. Por una parte, sin la adecuada formación o entrenamiento, resulta muy difícil hacerlo correctamente y el resultado depende generalmente de las habilidades personales del comunicante. Por otro lado, el incremento del nivel de estrés del comunicante, puede desencadenar consecuencias psicofisiológicas de importancia, empezando por una drástica disminución de seguridad y autoconfianza que les resta eficacia.

En la comunicación de malas noticias, uno de los objetivos de la Unitat d'Assistència i Intervenció en Crisi del Cos de Mossos d'Esquadra, está relacionada con la reducción de los mecanismos que aumentan el nivel de estrés del profesional y, en consecuencia, potenciar el uso de estrategias encaminadas a fomentar o incrementar el uso de recursos adecuados para enfrentar esta tarea.

Un mayor conocimiento y la mejora de la información, son instrumentos ineludibles en el correcto aprendizaje sobre este tipo de comunicación. Un programa adecuado ayuda a tomar control sobre el ambiente, las reacciones, las demandas, los comportamientos de las personas implicadas, etc. Asimismo, hay que tener en cuenta que el comunicante es el que vehicula el impacto de la comunicación. Los

familiares o allegados viven una situación de elevado estrés y evalúan la actuación del comunicante positiva o negativamente en función de su capacidad para conducir la comunicación y ofrecer las respuestas que ellos necesitan.

En este sentido es interesante conocer las demandas que, en términos generales proceden de los afectados. Jones y Buttery (1981) indican que en general, las personas prefieren que sea un profesional (en su caso, una enfermera) quien se haga cargo de este tipo de comunicación. Podemos también citar el caso de un estudio realizado en 1995 por la Federación Europea de Víctimas de Accidentes de Tráfico, que corrobora esta afirmación a través de una encuesta realizada con víctimas de accidentes de tráfico, en la que entre otros indicadores sobre calidad de vida y entorno social, se reflejan las necesidades principales expresadas por los afectados. Estos consideran como prioridad principal ser informados de la muerte de sus allegados por alguna persona cualificada para esta tarea. En segundo lugar, tener acceso al cuerpo y a continuación, recibir soporte profesional; tanto psicológico como práctico y legal.

En consecuencia, identificamos como objetivo principal la disminución de la ansiedad, tanto del profesional como del que recibe la noticia. Para el profesional es importante controlar el entorno de la comunicación y las reacciones que los afectados pueden tener en este contexto, lo que le va a permitir reducir al máximo el coste personal y la carga emocional asociada. Un protocolo adecuado y la unificación de criterios en el ámbito profesional son de gran ayuda.

Al mismo tiempo, todo ello contribuye a disminuir

la ansiedad a quién se comunica el hecho.

Aunque la policía es el colectivo sobre el que aplicamos nuestro modelo, la comunicación es una tarea eminentemente asistencial. Por este motivo, los criterios y acciones que presentamos, pueden ser de valor para otros profesionales que tengan este tipo de responsabilidad, no importa cual sea su perfil, puesto las acciones que proponemos pueden ser aplicadas sin contraindicaciones.

Que entendemos por malas noticias?

Tomando una parte de la definición que Buckman hizo en 1984, una mala noticia es: "cualquier noticia que altere drásticamente y negativamente la visión que una persona tiene de sí misma y de su futuro". De acuerdo con el Departamento de Salud, Servicios Sociales y Seguridad Pública de Belfast (2003) "malas noticias puede tener diferente significado para diferentes personas". Para Bor, Millar, Goldman y Scher (1993) "situaciones en que existe una sensación de falta de esperanza, una amenaza al bienestar mental y físico, un riesgo de alteración del estilo de vida, o cuando un mensaje transmite una disminución de las opciones sobre la vida". Nomen, D. (2008), define mala noticia como "aquella información (un diagnóstico negativo, las consecuencias de un grave accidente, la muerte o la mutilación...) capaz de alterar de manera drástica la visión que una persona puede tener respecto a su futuro, bien porque le afecta de manera directa y personal, o porque hace referencia a un ser querido".

Cuando la pérdida de un ser querido se produce a consecuencia de un acto violento, un accidente

o un desastre natural, las reacciones psicológicas que provoca el duelo se ven exacerbadas.

Esta comunicación provoca un impacto y una alteración negativa del estado actual (alteración del ciclo homeostático) y futuro que afecta directa o indirectamente, modificando su visión o interpretación previa de seguridad (Falsa creencia de invencibilidad) y control, modificando las expectativas previas.

Consideramos importante remarcar que, independientemente de la definición aceptada por cada uno, todos entendemos que el concepto de "malas noticias" pone el acento en las connotaciones negativas y en la repercusión directa en las **expectativas de futuro** que las personas tienen en relación a los suyos y a si mismos.

Que provocan las malas noticias?

Por qué es tan difícil dar una mala noticia?

Ante la coyuntura de tener que dar una mala noticia, los propios miedos aumentan el nivel de ansiedad, ya que ante una situación adversa, el ser humano hace uso de los recursos aprendidos en situaciones similares y en la propia experiencia de pérdida del sujeto. En los momentos previos a la comunicación, el estado de activación del profesional que tiene que realizar la comunicación aumenta debido a sus expectativas respecto a: la probabilidad de causar dolor en los otros; la posibilidad de recibir una respuesta hostil o incluso agresiva; la influencia de los propios temores en relación a la enfermedad y a la muerte.

A esto hay que añadir el miedo al desconocimiento del impacto que la noticia provocará en el interlocutor y cuál será su reacción.

Cuando la comunicación se hace de forma adecuada, el responsable de la ansiedad no es el comunicador, ya que este actúa como vehículo en la transmisión de un mensaje. Es el propio mensaje el que tiene la verdadera carga emocional.

Uno de los primeros objetivos es reducir al máximo la ansiedad del comunicante y con esto, a través de lo que llamamos "actitud tranquilizante", conseguir reducir la del interlocutor.

No sólo el que recibe la mala noticia se enfrenta a un grave impacto emocional (que altera su equilibrio homeostático). Al mismo tiempo el comunicante sufre una variación de su nivel habitual de ansiedad, tanto debido al miedo a lo desconocido como por la incomodidad de causar dolor. Esta ansiedad se puede ver agravada cuando se desconocen las posibles reacciones de los afectados y es descrita por los intervinientes como una ansiedad de intensidad superior a la provocada por las tareas habituales.

Factores que dificultan la comunicación

La falta de experiencias de muerte relativas al comunicante, está relacionada con su forma de entender la situación. Puede dificultarle su aproximación empática y restarle mecanismos de afrontamiento, ya que puede resultarle más difícil valorar lo que suceda durante la comunicación. Cuando se pasa por la experiencia de perder a alguien con quién existía un vínculo afectivo, el

proceso que la persona hizo y el resultado de estas acciones, determina en gran medida su capacidad para afrontar en el futuro situaciones similares. Por tanto, puede haber resultado psicológicamente perjudicado pero también puede haber aprendido mucho. La gestión de la comunicación, tiene relación con los esfuerzos de afrontamiento movilizados en ocasiones anteriores, tanto por parte del comunicante como del comunicado, y de si estos han sido o no adecuados, mermados o incrementados.

La distancia socio-cultural, religiosa, y otras diferencias de procedencia entre la persona que comunica y la que recibe la noticia, es otro factor importante que puede dificultar la comunicación. Pese a que resulta útil conocer los hitos identificatorios de las diferentes culturas, este conocimiento no resulta imprescindible teniendo en cuenta la ingente diversidad cultural existente en el actual mundo globalizado (Moroni Leash, R., 1994). Estas diferencias se pueden solventar mostrando el debido respeto a la persona que tenemos delante y preguntando lo que desconocemos.

Si existe la posibilidad, puede ser de gran ayuda la colaboración de un interprete. En este caso, por motivos de proximidad emocional, es preferible un interprete que no pertenezca a la familia. Para hacer uso de este recurso, aconsejamos una breve preparación que disminuya el riesgo de afectación en el interprete. Recomendamos el uso del programa de entrenamiento urgente para interpretes en intervención en crisis de Lorente (2002).

Otra variable importante es la edad del accidentado o fallecido, ya que, el impacto emocional es más elevado cuando se trata de

niños. Esto se debe entre otros motivos, a la importancia de las expectativas de vida relacionadas con la persona que ha muerto. El mayor impacto lo causa la muerte de un hijo, ya que los padres no están preparados ni esperan tener que sobrevivir a los hijos. Este tipo de comunicación aumenta la probabilidad de sufrir un proceso de **traumatización vicaria** (Mitchell, 2009).

El proceso de notificación

La metodología que utilizamos en la comunicación de malas noticias se relaciona con determinadas pautas sobre los procesos traumáticos. A nivel hospitalario es muy habitual utilizar el protocolo de seis pasos de Buckman. Este no responde a las necesidades de la comunicación "a domicilio", ya que está muy enfocado a la comunicación con pacientes y sus familiares en ámbito hospitalario.

Por este motivo desarrollamos un protocolo más ajustado a la realidad de cualquier comunicación extrahospitalaria. Al igual que el de Buckman, nuestro protocolo está diseñado de forma que permita incrementar la habilidad del comunicante a la hora de realizar su tarea, partiendo de la propia experiencia del sujeto e incluyendo la necesidad de una reflexión consciente y deliberada sobre las propias habilidades y recursos, permitiendo desarrollar mecanismos de auto observación y autoanálisis.

Serrano (2003) al igual que Kuttner (2006) o Miranda (1992) entre otros, destacan la importancia de prestar especial atención a la comunicación no verbal en las entrevistas de comunicación de malas noticias. Este puede ser considerado, según Serrano, "un elemento

estratégico de alto rendimiento”, destacando “la importancia de prestar atención a las miradas de proximidad que transmiten una actitud positiva y solidaria, el tacto que acerca y humaniza; la calidad de la voz que evidencia consuelo y la posición corporal, que denota el interés del interlocutor”.

Exponemos el procedimiento sobre la base de comunicar una defunción, siendo esta la peor de las posibles noticias a trasladar. De esta forma, resulta más fácil su ajuste a otro tipo de situaciones, percibidas como de igual o menor gravedad.

Acciones previas

Valoración inicial

Antes de iniciar la comunicación como tal, es adecuado realizar una **primera valoración** de la magnitud de la situación y de la posibilidad que el receptor pueda recibir la información de manos de terceros (tener en cuenta si el impacto de la noticia ha llegado a los medios de comunicación y la posibilidad que la persona reciba la noticia de estos).

Obtener información

Si la situación lo permite, invertir unos minutos en **obtener información** facilita lo que se haga a continuación. En ningún caso se trata de demorar la comunicación sino de resolverla de manera más eficiente, sin vernos envueltos en situaciones comprometidas y con mejores garantías que las personas recibirán la información de manera adecuada. Esta es una forma de “perder” tiempo para “ganarlo” después.

Preparar la comunicación

Para **preparar la comunicación** deberemos

confirmar si efectivamente disponemos de datos adecuados del domicilio en dónde se ha de hacer la comunicación y nos aseguraremos que nuestro interlocutor es la persona que buscamos.

Pondremos especial atención en **procurar un entorno adecuado** y que permita el máximo de privacidad. El interior del domicilio, si se nos facilita la entrada, nos permitirá obtener información del contexto de la víctima. En caso de no poder acceder a él, se procurará un entorno aislado de las personas ajenas a la familia. Kuttner (2006) señalaba la importancia de procurar un entorno adecuado y que garantizase la intimidad de la persona que ha de recibir una mala noticia (Kuttner, 2006; Carter, B. 2004; Mack, G. 2004; Ptacek, J. 1996).

Como iniciar la comunicación

Una vez que se toma contacto con la persona a quien se va a comunicar el hecho, hay que **identificarse de forma conveniente**. Aconsejamos utilizar el nombre propio y repetirlo cuantas veces sea necesario. Esto facilita cierta relación de confiabilidad.

Es importante pedir y usar el nombre de las personas implicadas en la comunicación. De igual forma, es importante informarse sobre el grado de parentesco de cada uno de los presentes con el fallecido, lo que se puede hacer en el momento de **agrupar a los interlocutores**, pretendiendo con esto hacer una única comunicación, en lugar de hacerlo varias veces, a medida que se incorporan otros familiares al grupo. Esto no solamente va a facilitar un único proceso de comunicación, sino que permitirá que la familia encuentre el soporte social natural que en estos momentos es de vital importancia.

Los ancianos y niños constituyen dos grupos de

riesgo con características particulares. En el caso de los **ancianos**, pueden existir patologías que hagan necesaria la alerta o la intervención de servicios médicos. En el caso de **los niños**, hay que tener en cuenta que la reacción de los adultos ante una noticia de esta envergadura, puede resultar impactante y incluso traumática. En el momento adecuado pueden facilitarse pautas a los adultos de referencia para que sean ellos los transmisores de la información a los menores.

No es infrecuente que, para disminuir el impacto de una mala noticia, se tienda a darla de manera progresiva, poco a poco y dejando que la información se vaya adivinando. Esta forma de comunicar puede tener el efecto contrario, dificultar el proceso y provocar más ansiedad. Kuttner (2006), en el ámbito hospitalario, señalaba la importancia de dar la información relevante en los primeros momentos de la conversación, cuando el impacto de la noticia no ha afectado la capacidad de comprensión de nuestro interlocutor. Esta misma recomendación se puede extrapolar a todos los contextos en los cuales debemos comunicar una mala noticia, ya que de esta manera se facilita que la persona reciba la información más relevante en primer lugar y a partir de ello poder realizar las preguntas que requiera.

Aunque no hay inconveniente en decir "lo siento" como forma de comprensión y acercamiento, desaconsejamos en cambio que el comunicador se disculpe o se justifique, algo también frecuente, ya que se transmite una mala sensación que el receptor interpreta como una falsa responsabilidad del comunicante.

Metodología de la comunicación

La comunicación ha de hacerse **en persona**. Excepto en casos excepcionales, **nunca se**

realizará por teléfono, por escrito o por mediación de terceras personas.

Utilizar **mensajes claros**, concisos y comprensibles.

No sirve de nada intentar disimular que se portan malas noticias, ya que esto solo incrementa la ansiedad de ambas partes.

Pueden y deben hacerse silencios aunque deben evitarse al inicio de la comunicación ya que pueden comprometer el proceso de relato. Resultan más indicados una vez hecho esto, facilitando que los familiares puedan realizar preguntas complementarias. Los **silencios prematuros** facilitan las preguntas especulativas o tentativas, provocando que se precipite la comunicación de forma muy incómoda, alterando el protocolo a seguir y dificultando el objetivo.

Ofrecer una **aproximación narrativa**, esto es, informar que se ha producido una grave situación en la que se ha visto implicado su familiar, dar una breve explicación sobre los hechos y finalizar con la notificación del resultado. No dar detalles irrelevantes ni prolongar innecesariamente la explicación.

Evitar utilizar expresiones victimizantes, evitando los detalles que puedan indicar dolor extremo o pérdida de dignidad, ya que sólo aporta un sufrimiento innecesario. La inmediatez de la muerte, en contraposición a la agonía, alivia parcialmente a los allegados. Esto no significa que se mienta para transmitir la idea de una muerte rápida, ya que esto puede verse confrontado a información complementaria que podría provocar una pérdida de confianza y un aumento innecesario de la ansiedad: informes de

autopsia, intervención de otros servicios, indicios que indiquen lo contrario, etc.

No mentir bajo ningún pretexto. Ninguna acción resulta tan contraproducente como la mentira deliberada. En caso de compromiso que genere dudas sobre algún detalle que sea requerido, puede ser más adecuado omitir alguna parte no relevante o indicar que hasta el momento no se tiene más información. Esto permite tomar la distancia necesaria mientras se analiza la mejor estrategia y evita los graves inconvenientes que se derivan del uso de la mentira.

Que hacer después...

Esperar las reacciones, tolerarlas y contenerlas, sin intentar frenarlas. Sólo se actuará sobre una conducta observable cuando esta pueda resultar lesiva. Cualquier tipo de manifestación emocional es normal en este contexto y, en contra de lo habitual, las acciones encaminadas a eliminar el llanto, las lamentaciones, etc, no son en absoluto indicadas, como tampoco lo son las acciones contrarias, tendentes a conseguir la manifestación observable de dolor. Es decir, la contención emocional no consiste en que alguien deje de llorar o empiece a hacerlo para a continuación ofrecerle consuelo. Se trata de permitir la expresión cualquiera que sea el estilo personal, dentro de parámetros adaptativos. Por este motivo se evitará, excepto situaciones extremas, la prescripción (habitual en el ámbito sanitario) de cualquier fármaco encaminado a la contención emocional.

Hay que intentar facilitar las gestiones que deban realizar los familiares. Esto debe hacerse de forma no directiva ya que el objetivo es potenciar sus propias capacidades y recursos.

En el caso de grupos, identificar al que pueda actuar como líder y tenga capacidad de actuación y decisión. Esta persona actuará como interlocutor.

No hay que abandonar el lugar sin antes asegurarnos que se ha normalizado el impacto emocional y/o se ha identificado a algún miembro familiar que controle la situación con suficientes garantías.

Como finalización y despedida, se ofrecerá a la familia un número de contacto para garantizar que la comunicación no se rompa y poder responder dudas o derivar a otros sistemas de ayuda que puedan ser necesarios o requeridos.

Reacciones al comunicar malas noticias

Reacciones de quienes reciben la noticia

Cuando se recibe una comunicación de esta índole o se intuye su contenido, cada persona tiende a reaccionar de manera diferente dependiendo de su momento personal, sus características de personalidad, experiencias previas...

En la mayoría de las personas, después de recibir la comunicación, acostumbra a producirse un **bloqueo** que puede ser muy corto o muy largo, seguido de una fuerte crisis emocional que se manifiesta con gritos, lloros, reacciones violentas, abatimiento total, tranquilidad o calma aparentes.

Hay que dar tiempo a la persona para que pueda reemprender la comunicación ofreciendo soporte a través del acompañamiento y el contacto físico

si no es rechazado.

Cuando la ansiedad que desarrolla el individuo desencadena los mecanismos psicológicos de adaptación y respuesta al estrés, a nivel cognitivo se activan mecanismos de defensa entre los cuales destaca, la **respuesta de negación**. La fase de negación tiene un principio y un final y se debe respetar el tempus de la persona aceptando que, cuando este preparada, reclamará la información que ahora niega.

En algunas personas este tipo de comunicación puede desencadenar una crisis de ansiedad, que se caracteriza por la aparición de un miedo o malestar intenso que se acompaña de síntomas fisiológicos y cognitivos. La crisis se inicia de forma brusca llegando a su punto álgido en menos de diez minutos. Los indicadores más fácilmente apreciables son las palpitaciones, el sudor, temblores, sensación de ahogo y vértigo. En estos momentos se recomendarán estrategias de superación de la crisis (respirar de manera adecuada, acompasar respiraciones, intentar no centrar la atención en los síntomas de activación fisiológica...).

Otras personas pueden desarrollar una respuesta emocional expansiva caracterizada por gritos, llantos y una movilidad muy exagerada, esta respuesta es una de las más comunes en momentos de fuerte impacto emocional.

En ocasiones las personas pueden mostrar una conducta agresiva o reacción violenta, desplazando su rabia o su ira contra el emisor. Esta no es una reacción muy habitual y, en caso de producirse, se debe interpretar como una forma de dar salida a las intensas emociones. No se trata de un tipo de agresión intencionada, ya

que esta no está dirigida contra el interlocutor sino que este se halla en la que podríamos llamar "zona de acción emocional".

La agresividad, los sentimientos de impotencia y vulnerabilidad, la sensación de pérdida de seguridad, así como otras respuestas de reactividad excesiva, pérdida de control y/o aislamiento están relacionadas con la activación del SNA (sistema nervioso autónomo) o sistema neurovegetativo (Brunet, N. 2008).

A veces aparecen **conductas de protección**, ("a mamá no se lo podemos decir" "esperaremos a que el niño crezca" etc.). Ante este hecho sólo cabe asesorar a la familia, señalando los aspectos negativos de estas decisiones, sin tomar la responsabilidad final.

Es importante tener presente que el **apoyo familiar** y social actúa como atenuante de la respuesta fisiológica, de manera que debemos fomentar el soporte mutuo: cuanto más fuertes son los lazos afectivos, más fuertes serán las reacciones emocionales. Si las reacciones familiares son positivas, el soporte también lo será y nos facilitarán el trabajo aligerando parte de la presión, si estas fueran negativas dificultará nuestro trabajo pero no justificará que asumamos decisiones que corresponden a los familiares.

Reacciones del comunicante

La persona que comunica manifestará reacciones que también podemos identificar.

Ante la expectativa de realizar una comunicación de este tipo a nivel cognitivo se desencadenan una serie de pensamientos improductivos, y a nivel fisiológico aparece lo que se conoce como respuesta de lucha o huida. Esta respuesta

desencadena una activación del sistema nervioso central que prepara al organismo para actuar aumentando la frecuencia cardiaca, el ritmo respiratorio, la tensión muscular, la sudoración, etc.

El profesional que comunica debe tener en cuenta las reacciones emocionales que puede sufrir y que son una señal de alarma que pueden alertar del desarrollo de trastornos psicológicos como alteraciones del patrón de sueño, alteraciones de la conducta alimentaria, conductas de evitación o en casos más graves, evitación, crisis de ansiedad o fatiga de compasión (Figley, 1995) entre las más comunes.

Habilidades para mejorar el proceso de comunicación.

La adquisición de determinadas habilidades comunicativas ayuda a disminuir la sensación de

incomodidad y contribuye a aumentar la **percepción de control** sobre la situación. Si mantenemos una actitud tranquilizante la reacción será más contenida y se normalizará antes. Una comunicación asertiva potencia la empatía tanto global (afecta la propia situación) como concreta (afecta un punto concreto de la comunicación).

Una de las habilidades más importantes de este tipo de comunicación, es la **escucha activa**. Se trata de una habilidad receptora: el interlocutor debe ser consciente de ser escuchado (feedback) para lo cuál será necesario sintonizar con los sentimientos y emociones que hay tras las palabras, la mirada, el tono de voz y saber expresar que intentamos entender. Escuchar activamente y empatizar implica estar psicológicamente disponibles y atentos a lo que el otro dice y siente.

ASPECTOS ANALÓGICOS (NO VERBALES)	ASPECTOS VERBALES
Contacto ocular	Comentarios de comprensión (escuchar, parafrasear o reformular)
Contacto físico	Comentarios de empatía, (intento entender, me gustaría entender su sufrimiento...)
Adecuada expresión facial	Comentarios de interés (preguntar, mostrar interés)
Transmitir tranquilidad y seguridad	Comentarios de Validación (mostrar aceptación a la situación y experiencia del otro)
Posición corporal cercana sin generar incomodidad	

Otras habilidades importantes son: el uso de un lenguaje adecuado y sin ambigüedades; mantener un rol idóneo; normalizar y tolerar los silencios y las expresiones emocionales marcadas tratando de entenderlos.

Errores habituales en el proceso de comunicación.

Tan importante (puede que más) como disponer de habilidades que nos ayuden a realizar la comunicación, es evitar determinados errores. No se trata de realizar una comunicación absolutamente precisa y sin fisuras, nos referimos a prestar atención a determinados errores que son comunes y frecuentes, que dificultan enormemente el proceso y que son

importante evitar:

Mostrar un rol de dominio. Hay que tolerar, contener y facilitar, evitando dirigir a las personas.

Exceso de expresión, positiva o negativa. Intentar controlar la expresión de nuestras propias emociones.

Inexpresividad. La expresión facial puede indicar lo que estamos sintiendo, en especial debe evitarse rehuir la mirada a favor de un adecuado contacto ocular.

Falta de escucha. No es lo mismo oír que escuchar.

Indiferencia. Mostrar una reacción emocional compatible con las noticias que se están dando es normal y indica una conexión empática con lo que siente el interlocutor.

Posición inadecuada. Adoptar posturas de aproximación siempre que sea posible, evitar abordar la zona íntima de la persona o mostrar desgana, hastío o indiferencia.

Integración excesiva. No involucrarse demasiado, mantenerse al margen salvo requerimiento.

Conducta silenciadora. Se trata de una conducta consistente en evitar que la otra persona hable de cuestiones personales que no nos interesan. Esto provoca ansiedad debido a que nos aproxima a un conocimiento más íntimo de esta persona, o en su caso, del fallecido (Baranowsky, 1997, Danieli 1984).

Bibliografía

- Baranowsky, A. (1997)
- Bor, Millar, Goldman y Scher (1993) **The meaning of Bad News in HIV disease: counselling about dreaded issues revisited.** Counsel Psicol. Q. 6, pp 69-80
- Brunet, N. (2008), **Intervención en crisis en casos de duelo** en Nomen, L. (2008) **Tratando el proceso de duelo y de morir**, Barcelona: Pirámide.
- Buckman (1992) **How to break bad news. A guide for health-care professionals** Londres: Pan

Tener prisa. Hay que adaptarse siempre al ritmo del interlocutor ya que las necesidades no son coincidentes. El que comunica suele desear que todo termine cuanto antes, en cambio el que recibe la noticia necesita saber y necesita tiempo para asimilar.

Utilizar eufemismos. Evitar usar eufemismos que pueden contribuir a dificultar la comunicación. No deben hacerse esfuerzos en evitar palabras como cáncer, heridas, muerte etc. si con ello se provoca confusión.

Dar demasiada información de golpe. Una comunicación llena de detalles, puede abrumar a la persona que recibe la noticia. Hay que dar tiempo a que lo que se ha dicho sea asimilado y graduar correctamente la cantidad de información a transmitir.

Protocolo de 10 pasos para comunicar malas noticias

1. Valorar la urgencia de la comunicación
2. Preparar la comunicación
3. Procurar un entorno adecuado
4. Presentación al interlocutor (clarificar el motivo de la entrevista)
5. Agrupar a los interlocutores
6. Hacer la comunicación
7. Esperar la reacción, tolerar y contener
8. Atender demandas y necesidades
9. Facilitar gestiones o cuestiones prácticas
10. Finalización y despedida

MacMillan Publishers

- Carter, B.S. (2004) **Palliative Care for Infants, Children and Adolescents**. Baltimore, The John Hopkins University Press
- Figley, C. (1995), **Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized**, New York: Brunner/ Mazel
- Jones I BATTERY (1981), **Sudden Death: survivors' perceptions of their emergency department experience** en Journal of Emergency Nursing, 1981, vol. 7, pp. 14-17
- Kuttner, L. (2006) **Talking with families when their children are dying** en Med Principles and Practice 2007; vol 16 (suppl 1); pp16-20
- Lorente, F. (2002), **Programa de entrenamiento urgente para intérpretes** en Cuadernos de Crisis 2002, vol 1 pp 4-8
- Mack, JW (2004), **The Day one talk** J Clin Oncol 2004; 22, pp 563-566
- Miranda (1992) **Communicating Bad News** en West J Med 1992 Jan; vol 156: pp 83-85
- Moroni Leash, R (1994), **Death Notification. A practical guide to the Process**, Hinerburg, Vermont: Upper Acces.
- Nomen, D.(2008), **Los procesos comunicativos** en Nomen, L. (2008) **Tratando el proceso de duelo y de morir**, Barcelona: Pirámide.
- Mitchell, J. (2009) **Stress Management in Crises and Disasters**.
- Ptacek, J.T. (1996) **Breaking Bad News. A review of Literatura** JAMA vol 276: pp 496-502
- Ptacek, J.T. (2001) **Parents' perceptions of receiving bad news about cancer**. J Clin Oncol 2001; vol 19 pp 4160-4164
- Serrano, S. (2003), **El regal de la comunicació**, Barcelona: Ara Llibres.