

Intervención con la familia de un ciclista fallecido en accidente de circulación: Descripción del caso y conclusiones.

Juan M. Fernández-Millán
 (Prof. Asociado Univ. de Granada. fmillan1963@gmail.com)
 Susana Salmerón
 Patricia Rosas
 Luisa M^a Álvarez
 Inés Paneque
 Lidia Salinas
 (miembros del GIPEC)

En psicología de las emergencias es muy típico que cada intervención nos aporte aprendizaje sobre aspectos de la gestión del incidente sobre los que no se había analizado previamente (a eso se le llama experiencia), incluso, podría decirse, que el grueso de las aportaciones que se han hecho en este campo se han basado en la "buena práctica" más que en las bases teóricas, aunque éstas subyacen en la intervención. El caso que se presenta a continuación es uno de estos ejemplos. Si bien la intervención no conllevó acciones que sean extraordinarias o tan específicas que sean meritorias de resaltar (al menos para el equipo que intervino), el análisis posterior del caso sí nos permitió comenzar una discusión de algunos aspectos que pueden servir, al menos como aviso, para la intervención en futuras activaciones del GIPEC.

Intervención durante la fase de shock

Sobre las 10:30 A.M. de un domingo, nos avisan que un ciclista ha sido atropellado a las 9:00 de la mañana aproximadamente por un conductor que iba

ebrio teniendo como resultado el fallecimiento en el acto del ciclista. El conductor se dio a la fuga y tras una persecución la policía consiguió detenerlo. La notificación a la familia (esposa) del accidente se realizó por parte de la policía por teléfono y de forma muy directa. Este aviso no sigue los cauces establecidos por el convenio que se firmó con la Consejería (petición de un profesional, 112), sino que lo realiza directamente el Consejero.

Nuestra intervención comienza en el tanatorio. Aunque los equipos se activan a las 10:35, no se desplazan al tanatorio hasta más tarde ya que nos avisan de que allí aún no hay nadie. Mientras contactamos con el coordinador de la Policía Local que nos informa a grandes rasgos de lo sucedido y cuando le comentamos que puede contar con nosotros se queja de no haberlo sabido antes ya que el padre del fallecido se había acercado al lugar del atropello y podíamos haber sido de ayuda (desde hace más de un mes estamos haciendo publicidad de nuestro convenio con la Consejería de Bienestar Social con carteles que se distribuyen a las entidades que pueden activarnos solicitándolo al 112 (Policía local, Guardia Civil, bomberos, ...)

En el momento en el que vamos al tanatorio la mujer y los padres del fallecido se encuentran en su casa, ya que los familiares de ella se encuentran viviendo fuera de la ciudad. Los niños (de 1 y 5 años) del matrimonio se encuentran con una vecina y aún no saben lo ocurrido. Los allegados nos cuentan que se va a realizar más tarde la autopsia y es mejor que vayamos en otro momento.

Por la tarde, volvemos a pasar por el tanatorio y encontramos de nuevo que solo hay amigos pero ningún familiar directo. Los amigos nos vuelven a informar que sobre las 18:00 trasladarán el cadáver y probablemente llegará la familia (mujer y padres del fallecido). Conseguimos contactar con un amigo muy directo de la familia que se está encargando de todos los trámites del momento. Nos presentamos y le explicamos lo que hacemos allí, pero nos comenta que en estos momentos no considera adecuado que estemos por como puedan reaccionar los familiares más directos ante nuestra presencia. Se resuelve explicándole que se trata de una reacción normal, que lo entendemos perfectamente y que en cualquier momento que lo necesiten se pueden poner en contacto con nosotros. Se les presentan algunas pautas y se les explica algunos problemas que pueden surgir. Finalmente, dejamos el número de contacto para una posible intervención futura.

Cuando el representante de la familia desecha la ayuda ofrecida por considerar que no es el momento adecuado para entrar en contacto con la familia más directa del fallecido (mujer y padres) se nos plantea la duda de si en estos casos la presencia del psicólogo es adecuada y si la aceptación por parte de la familia hubiese sido distinta si se nos hubiese activado para notificarles el accidente y acompañarlos al lugar de los hechos.

Al día siguiente se nos vuelve a activar (el propio Consejero) y acuden otras 2 integrantes del GIPEC al tanatorio. A las 10:30 están los padres y hermanos del fallecido, la mujer, y su madre y resto de familiares (que se han trasladado desde la ciudad en la que viven

y algunos amigos.

No presentamos a cada uno de los afectados directos. La situación tiene una elevada carga emocional. La madre del fallecido es la persona que más exterioriza sus sentimientos, al igual que su consuegra. La viuda, está más contenida aunque se ve que ha llorado y puntualmente se les escapan las lágrimas. Nos reciben de una forma adecuada y afectuosa e inmediatamente nos demandan ayuda para darle la noticia al hijo de 5 años que aún no lo sabe.

Hablamos también con una tía paterna del fallecido, está interesada en que se mejore el modo de comunicar estos acontecimientos. La escuchamos y le decimos que trasladaremos la solicitud.

La intervención con familiares en el tanatorio se basó en escucha activa, racionalización/normalización de sintomatología, refuerzo medidas de autocuidado y de herramientas personales e instrucciones y resolución de dudas para la comunicación del fallecimiento al hijo de 5 años.

Durante la intervención se constata que el apoyo social es amplio y adecuado en la forma y contenido, la expresión de sentimientos es coherente con el momento y no se aprecian síntomas que generen alarma o indicios de posibles bloqueos.

Respecto a la demanda de recomendaciones para dar la noticia al hijo de 5 años, buscamos el espacio adecuado –fuera de la sala de velatorio- y partimos de las aportaciones de la idea que tiene la viuda sobre cómo llevarlo a cabo. Reforzamos la idea de decirse en un espacio tranquilo, decir la verdad y responder a las preguntas del niño. Como son creyentes de confesión católica validamos la idea de que su padre ahora está en el cielo, pero siempre que no le diga que se lo llevaron unas ángeles por ser tan bueno (idea que aporta la abuela), explicamos que estas atribuciones no son adecuadas (posibles miedos “ los buenos se mueren”,..). Reforzamos también la idea de expresar sus sentimientos con el niño lo que permite que él también pueda expresar los suyos, y recordar

que aunque lo expliquen volverá a preguntar sobre el tema... Reforzamos sus habilidades y la confianza en que van a llevar esto de forma adecuada.

Un familiar se queja de lo inadecuado de la comunicación del fallecimiento: por teléfono estando la viuda sola en casa con los dos niños. Le decimos que trasladaremos esta queja.

Dejamos el número de teléfono y decimos que pueden llamarnos cuando lo necesiten.

Cuando el número de personas ya es muy numeroso y la situación no parece que vaya a derivar hacia un conflicto nos despedimos de cada uno de los miembros de la familia –esto permite reafirmar que todo está siguiendo el curso adecuado- y nos vamos del tanatorio

Sesión en la fase de resolución

Doce días después del accidente, a petición de un amigo de la familia se acuerda tener una sesión con los padres del fallecido. Hasta el momento la familia había afirmado no precisar de nuestra ayuda (no estaban preparados), sin embargo, con el paso de los días y la observación de la conducta y el estado emocional de ambos cónyuges, éstos cambian de parecer y aceptan nuestra intervención.

Esta intervención se va a centrar en escuchar la situación y las preocupaciones, normalizar los síntomas, explicar el proceso de duelo y dar algunas recomendaciones para ir procesando el duelo y evitar que se convierta en patológico.

El psicólogo que acude al domicilio de los padres del fallecido comienza con un papel proactivo explicándoles que no puede evitarles el dolor, que éste es parte del proceso y que es proporcional a los buenos sentimientos y recuerdos de su hijo. Intenta con ello que cambien la imagen negativa de su estado emocional. Cuando le explican cómo están reaccionando (el padre llora constantemente a diferencia de la madre que

exterioriza menos sus sentimientos), se les explica que son dos formas “normales” de enfrentarse a una situación “anormal”. Anotar que a la madre se le detectó un tumor cerebral que le provoca ataques epilépticos. Esto es importante para comprender la inhibición de expresiones emocionales.

El padre está teniendo imágenes intrusivas. Hay que anotar que fue él el que acudió al lugar del accidente y vio el cuerpo de su hijo tendido (tapado) en el suelo y que después leyó el atestado.

La madre está muy habladora, a veces pasa de un tema a otro o se le olvida el motivo por el que empezó a explicar algo. Está preocupada por los llantos su marido. Teme que se “flagele” con ello. El padre, por su parte, afirma que no está depresivo, sino muy triste.

Se les vuelve a insistir en la normalidad y en la duración (larga) de un duelo, que se supera cuando los recuerdos son agradables y no suponen sentimientos de insoportabilidad. Además se les informa que del duelo NO se sale de forma pasiva, sino que uno tiene que ir procesándolo, sin prisa, pero sin pausa, sin convertirlo en una forma de vida, dándose permiso de seguir adelante, de ser feliz, de no avergonzarse de volver a rehacer la vida. Que superarlo no significa olvidar, sino aprender a vivir con la ausencia... y que habrá recaídas (el mes, los tres meses, el año, el aniversario, el cumpleaños, el día del padre, al abrir un cajón).

A la madre se le explica que esa falta de expresión o de “no necesitar llorar” se debe a que aún no ha aceptado EMOCIONALMENTE la pérdida de su hijo. Más adelante, durante la conversación, esta sospecha se confirma con un comentario con el que estalla: “Yo lo único que quiero es que me devuelvan a mi hijo”. Por otro lado, es posible que el miedo que tiene a sufrir un ataque epiléptico le haga inhibir sus emociones.

Otro hecho es que no ha visitado posteriormente el cementerio, aunque aduce que ella no lo hace nunca. De hecho, afirma no haber asistido a ningún entierro.

En un momento de la conversación la madre comenta que no le sirve de nada ser creyente “para lo que le ha hecho Dios”, se le hace ver que si le sirve, que tiene a alguien a quien culpar (por lo que ella ha comentado) y eso es una forma de enfrentarse a la pérdida. Se les sugiere que cuando pase un tiempo deben cambiar la pregunta “¿Por qué?” que no tiene respuesta, por la de “¿Para qué?” que sirve para dar sentido a lo ocurrido¹.

La forma en la que está superando la situación es abrazándose a una sudadera de su hijo a la que acaricia mientras se queda dormida. Al respecto, se le dice que si le sirve para descansar y sentirse mejor, siga haciéndolo.

Para pasar al tema de ir superando el duelo, se les sugiere que poco a poco deben volver a hacer, en la medida de lo posible, su vida. Para ello se les pregunta por lo que han dejado de hacer.

El padre comenta que no sale a dar su paseo matinal y no escucha la radio al acostarse. La madre que no va a yoga. Se les propone que vayan planteándose “permitirse” hacer estas cosas, ello les servirá para ir procesando y no estancarse en el duelo. No tienen que hacerlo al día siguiente, pero si en breve, en el momento que se crean capaces y sin tener en cuenta qué pensarán los demás.

Respecto a las imágenes intrusivas que padece el padre y se le pide que piense en la peor (“el cuerpo de su hijo bajo la manta de aluminio en la carretera”) y, después, en un buen recuerdo (“los desayunos hablando del trabajo”) y se le sugiere que cuando se dé cuenta que “se le ha colado” una idea intrusiva, la cambie por ese recuerdo lo más vivido posible.

Para la madre acordamos que la siguiente semana volverá a su trabajo (está de baja por el tumor) para hablar con sus compañeras (“que se lo merecen”).

¹ Simón Álvarez, hijo de María Belón, superviviente del Tsunami de 2004 en Tailandia, le preguntó a su madre, que estaba llorando, el porqué lo hacía. Ella le contestó que porque no entendía por qué ellos habían sobrevivido y otros no. Simón le contestó que no volviera a hacerse esa pregunta si no tenía respuesta. Más tarde le dijo que no se preguntara por qué, sino PARA QUÉ. http://www.telecinco.es/t5cinema/cine-2012/lo-imposible/Especial-Imposible_2_1894230166.html

Se termina la sesión explicándoles que pueden llamarnos cuando quieran para resolver cualquier duda.

Conclusiones del grupo.

Después de las intervenciones explicadas en el documento, el grupo de miembros del GIPEC mantuvo una sesión para analizar la efectividad de dichas acciones.

Como primera conclusión aparece la pérdida de efectividad y la dificultad para conseguir la aceptación de nuestra ayuda si no se está desde el principio, es decir, desde la notificación del accidente. Acinas (2006) advierte de lo interesante que es la intervención en crisis en el propio lugar del accidente para resolver las dificultades asociadas, quejándose de que se descuida o se considera menos importante la atención psicológica en estas circunstancias.

Por su parte Nevado, Losada, Martínez, Hernández-Coronado, Fouce y Lillo, (1998) realizaron una investigación para conocer la valoración que se realizaba sobre los servicios de emergencias en accidentes de tráfico, encontrando que casi dos tercios de la muestra valoraban positivamente la actuaciones que podían realizar los psicólogos. Más concretamente el 65,30% creían que los psicólogos eran las personas especializadas idóneas para informar a los familiares.

La segunda es que la efectividad y la amplitud de la intervención en el tanatorio (en casos de implicación unifamiliar) es muy limitada. Se trata de un momento de recogimiento en el que los más afectados rechazan ayudas externas de desconocidos. Ello se debe en parte, también, al estado cognitivo en el que la atención está tan focalizada e interiorizada que no se llega a comprender en qué consiste dicha ayuda. Fernández-Millán (2013) advierte del carácter íntimo de estos momentos y de la necesidad de respetarlos.

Por ello, pensamos que en esos momentos debemos

limitarnos a darnos a conocer y a dejar claro que más adelante pueden contar con nuestra ayuda para desahogarse emocionalmente, resolver dudas o asesorarse en cómo tratar a otros afectados (sobre todo niños o ancianos).

Esta labor será más efectiva si se realiza a través de familiares menos afectados o amigos.

Con los familiares más cercanos, si se llega a intervenir debemos limitarnos a empatizar, aclarando que no podemos eliminar su dolor, que es parte del duelo, de la pérdida y que no podemos llegar a comprender del todo ese dolor, porque es durísimo.

Acudir como expertos con soluciones o expresando nuestra capacidad para conocer lo que sientes es, a nuestro entender, una equivocación que provoca rechazo en nuestros afectados.

Aunque el GIPEC tiene como marco de actuación la fase de impacto y postimpacto inmediato, en ocasiones, en esa inmediatez los afectados están menos o nada receptivos a aceptar nuestra ayuda y es en una fase de postimpacto tardío (como en la última sesión) cuando pueden y quieren aceptar nuestra ayuda. Se puede argumentar que en esa fase (fase de reacción, resolución o de vuelta a la normalidad) son los

psicólogos clínicos los que deben intervenir, pero ante esto hay varios argumentos que exponer. El primero es que es al psicólogo de emergencias, que ha estado en los primeros momentos haciéndose significativo a los que acuden. Si la respuesta que reciben es que en esos momentos ya no pueden ayudarles y que deben acudir a otro profesional, puede producirse una pérdida de confianza hacia la figura del psicólogo en general muy acusada. Por otro lado, para conocer y tratar los síntomas asociados a la catástrofe, es el psicólogo emergencista el que está más preparado y por último, recomendar acudir al psicólogo clínico a una persona psicológicamente estable y sana que precisa de asesoramiento ante una situación anormal y un proceso de duelo, es psicopatologizar al sujeto.

Todas estas conclusiones son cuestionables y discutibles. Además, serán las características peculiares de cada caso las que "obligarán" a realizar una u otra intervención.

Lo que sí debe de quedarnos patente es la necesidad de un análisis y discusión a posteriori que nos permita hacer "aflorar" estos matices para mejorar en nuestra labor y compartir nuestra experiencia con otros profesionales. Limitarse a realizar la intervención es desperdiciar una oportunidad de aprendizaje.

Referencias bibliográficas

1. Acinas, P. (2006). Intervención psicológica en accidentes de tráfico Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barna; 33(1):15-22
2. Fernández-Millán. J.M. (2013). Gestión e intervención psicológica en emergencias y catástrofes. Madrid: Pirámide
3. Nevado M, Losada D, Martínez R, Hernández-Coronado A, Fouce G, Lillo A. (1998) Valoración de la calidad de un servicio de intervención en emergencias cotidianas de una gran ciudad española, con respecto a accidentes de tráfico. Clínica y Salud; 2:489-508.naturales: Terremoto y Tsunami en Chile? Folleto Informativo. Holanda. Febrero. Disponible en: http://www.centromip.cl/especiales/reconstruirnos/documentos/Afrontamiento_desastres.pdf .