



# CAPÍTULO 5: ASPECTOS PSICOLÓGICOS

Jorge Rodríguez Sánchez\*

*Cualquier forma de enterramiento masivo tiene siempre un impacto psicosocial muy negativo a nivel individual y de la comunidad; contraría el deseo y la voluntad muy comprensible que todos tienen de dar una despedida digna a sus familiares y amigos. Otro problema en este tipo de proceder es la no identificación de los cadáveres, lo que incrementa el dolor y la incertidumbre, y complica el desarrollo de los procesos de duelo en los sobrevivientes.*

## INTRODUCCIÓN

A pesar de que el número de muertos y desaparecidos provocados por algunos desastres (terremotos, huracanes, inundaciones, erupciones volcánicas y accidentes provocados por el hombre) tienden a disminuir gracias a los sistemas de alerta y control cada vez más eficientes, así como a una mejor preparación de la comunidad, todavía existen ocasiones en las cuales el número de víctimas mortales puede ser muy alto.

La existencia de gran cantidad de cadáveres después de un desastre crea incertidumbre y temor en la población que, a veces, se exacerban por las informaciones inexactas sobre el peligro de epidemias que representan. También existe tensión y un sentimiento de duelo generalizado; el caos reinante y el clima emocional pueden generar conductas de difícil control. Esta situación requiere de intervenciones sico-sociales individuales y comunitarias apropiadas.

Pero las muertes masivas no sólo se presentan en situaciones de desastres naturales o accidentes provocados por el hombre; también en las guerras es un problema frecuente. Muchos países de Latinoamérica, durante las últimas décadas, han sufrido conflictos armados internos que se han caracterizado por la violación masiva de los derechos humanos. La violencia se ha utilizado como un método de control social por parte de las fuerzas participantes y han sido frecuentes las masacres indiscriminadas de civiles, que no hacen distinciones e incluyen mujeres, niños y ancianos. Por otro lado, la mayoría de estas masacres han sido producto de procesos que implicaron una instrumentación psicológica previa.

La demanda de grupos de la población (o de líderes), en un inicio, de que se efectúen entierros en fosas comunes se presenta casi siempre por la existencia de rumores o creencias infundadas sobre peligros de epidemias, putrefacciones o intenciones de dar una solución rápida a los problemas para no crear más traumas, etc. Sin embargo, la familia como célula social nunca estará de acuerdo con que a sus deudos los

---

\* Consultor de Salud Mental, OPS/OMS

entierren de esa manera o sin respetar la debida identificación previa. Por otro lado, el apresurarse innecesariamente a aplicar formas de enterramiento masivas puede crear conflictos y reclamos posteriores, y también dejar huellas sicosociales que hacen más difícil el proceso de recuperación.

En casos de conflictos armados, la recuperación de la memoria histórica ha formado parte de las estrategias de trabajo para la rehabilitación del tejido social y esto conlleva a las exhumaciones y la entrega de los restos a las familias para que cumplan con los rituales habituales del duelo y se dignifique a las víctimas.

El manejo y la disposición de cadáveres es un problema con serias implicaciones psicológicas para la familia y los sobrevivientes, además de otras consideraciones políticas, socioculturales y de salud. También involucra derechos humanos que no pueden ser obviados.

## VULNERABILIDADES ESPECÍFICAS

La vulnerabilidad es la resultante de un proceso dinámico de interacción de diversos factores, que determina que aparezca o no patología psiquiátrica u otros problemas emocionales y de la conducta humana.

La presentación de muertes masivas y grandes pérdidas en el contexto de una catástrofe significa una condición de riesgo psicosocial elevado. La atención en salud mental debe reconocer las diferencias de vulnerabilidad, en especial, las relacionadas con el género y la edad, así como el riesgo de los propios miembros de los equipos de respuesta que trabajan en la emergencia.

Las muertes masivas pueden tener efectos diferenciados sobre las poblaciones masculinas y femeninas. Hay evidencias de que, mientras la salud mental de los hombres se afecta más inmediatamente, las mujeres sufren a más largo plazo y los trastornos psíquicos son de inicio tardío.

Los patrones sociales y culturales determinan que los hombres y las mujeres reaccionen de manera diferente; los hombres tienden a reprimir las emociones dolorosas, les resulta difícil hablar y hacerlo lo interpretan como una debilidad; las mujeres tienden a comunicarse más fácilmente, a expresar sus temores, así como a buscar apoyo y comprensión para sí misma y sus hijos.

Las mujeres están más a menudo confinadas en responsabilidades domésticas y les resulta más difícil integrarse en sus comunidades. Les embargan sentimientos de soledad y aislamiento y, en ocasiones, tienen que asumir el papel de jefe de hogar debido a la muerte o desaparición del esposo o los hijos mayores. Esto puede conducir en el mediano o el largo plazo a la depresión; así mismo, les resulta más difícil el acceso a los servicios de salud.

En algunas culturas los ancianos son fuente de experiencia y sabiduría y son la memoria histórica de cómo las poblaciones, a lo largo del tiempo, han afrontado situaciones críticas. Sin embargo, también se ponen de manifiesto aspectos de exclusión; algunos se encuentran aislados, carecen de redes de apoyo, son percibidos como

una carga y no son tomados en cuenta como factores activos y productivos.

Como factor de riesgo psicosocial adicional se puede citar que los ancianos, frecuentemente, han sufrido pérdidas previas, así como que - en esta etapa de la vida - se hacen más evidentes los problemas de salud y las discapacidades.

Otro grupo vulnerable son los niños, quienes después de un evento traumático tienen una menor comprensión de lo sucedido y enfrentan limitaciones para comunicar lo que sienten. Algunos niños lo niegan completamente o se muestran indiferentes cuando se enteran que han perdido uno o varios de sus familiares; el impacto emocional es tan fuerte que con frecuencia no hablan sobre lo que han vivido. Algunos piensan que el niño ha olvidado, pero no es así; es capaz de recordar y contar las experiencias traumáticas vividas cuando sus sentimientos de miedo están bajo control.

Las reacciones postraumáticas en los niños deben ser atendidas rápida y oportunamente. Por el contrario, si se piensa que los niños “no sienten o no entienden” se comete un grave error que los deja expuestos a sufrimientos y temores.

## EL DUELO

Es de esperarse que después de la muerte de uno o varios seres queridos se presente la tristeza, el sufrimiento y la aflicción. El período de duelo es aquél en el cual la persona asimila lo sucedido, lo entiende, lo supera y reconstruye su vida. Éste es un proceso normal que no debe apresurarse ni tratar de eliminarse, así como tampoco considerarlo como una enfermedad.

En nuestra cultura se siente la necesidad de recordar al ser querido, de conmemorar su vida y su muerte, como expresión de “que no será olvidado”, así como para enfrentar los propios sentimientos de tristeza. La tumba, una lápida, una foto o flores en la casa son formas comunes de hacerlo. La realización de los rituales que establece la cultura comunitaria es parte importante del proceso de recuperación de los sobrevivientes.

El duelo se vivencia con una mezcla de tristeza, angustia, miedo e ira; en el momento más crítico llega a los extremos del dolor emocional muy intenso y la desesperación. Después viene el alivio progresivo y concluye con expresiones de confianza y esperanza renovadas.

El proceso de duelo implica:

- ◆ liberarse o dejar atrás la relación con la persona fallecida,
- ◆ adaptarse al mundo en otras condiciones, y
- ◆ el esfuerzo por establecer nuevas relaciones.

El modo de afrontar la pérdida y llevar el duelo adecuadamente está en estrecha relación con los siguientes factores:

- ◆ la personalidad del sobreviviente y la fortaleza de sus mecanismos de defensa,
- ◆ la relación con el fallecido,

- ◆ las circunstancias en que ocurrieron los hechos, y
- ◆ la red de apoyo social (familia, amigos y comunidad).

En situaciones de muertes masivas se han descrito los miedos y sentimientos que experimentan los sobrevivientes<sup>1</sup>:

- ◆ Pesadumbre y aflicción por la pérdida de familiares y amigos que, en ocasiones, coexisten con pérdidas de tipo material. También existen pérdidas más sutiles y a veces intangibles, como la pérdida de la fe en Dios, la pérdida del sentido de la vida, etc.
- ◆ Miedos prácticos: los temores a asumir los nuevos roles que le impone la desaparición de un miembro de la familia (la esposa viuda que se convierte en jefa del hogar) o el padre viudo a cargo de los hijos.
- ◆ Miedos recurrentes a que pueda ocurrir algo nuevamente o que la muerte se va a cernir sobre otros miembros de la familia o la comunidad.
- ◆ Miedo personal a morir: el miedo a lo desconocido o a enfrentar a Dios.
- ◆ Sentimientos de soledad y abandono: es frecuente que los sobrevivientes experimenten que los familiares y amigos los abandonan en momentos difíciles.
- ◆ Miedo a olvidar o ser olvidado.
- ◆ Enojo: se sienten molestos contra los que los murieron y lo descargan contra familiares o amigos cercanos.
- ◆ Sentimientos de culpa: se sienten culpables en alguna medida de la muerte de los seres queridos. A veces, lo que suceda después de la muerte incrementa este sentimiento.
- ◆ Vergüenza después de la muerte de un ser querido, por circunstancias que rodearon el fallecimiento de la persona (su comportamiento, humillaciones, etc.); o vergüenza por las condiciones en que queda la familia después de los sucesos.

Las manifestaciones psicológicas más frecuentes en situaciones de duelo son<sup>2</sup>:

- ◆ Recuerdos muy vivos y reiterativos del fallecido y de lo ocurrido.
- ◆ Nerviosismo o miedo, tristeza y llanto.
- ◆ Deseos de morir.
- ◆ Problemas con el sueño y el apetito.
- ◆ Problemas de memoria y para la concentración mental.
- ◆ Fatiga y pocas motivaciones y dificultades para retornar al grado normal de actividad.
- ◆ Tendencia al aislamiento y la soledad.

1 James JW, Friedman R. *The grief recovery handbook*. New York: Harpel Perennial; 1998.  
 Matsakis A. *Survivor guilt: a self-help guide*. Oakland: New Harbinger Publications; 1999.  
 Prewitt J. *Ayuda psicosocial en desastres: un modelo para Guatemala*. Guatemala: Cruz Roja Americana; 2002.  
 Rodríguez J. *Principios generales para la atención psicosocial en situaciones de desastres*. Conferencia dictada en el Congreso Latinoamericano de Psiquiatría (APAL), Guatemala, junio de 2002.

2 OPS/OMS. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2002.  
 Rodríguez J. *Psicoterapia: una relación de ayuda*. Guatemala: Empretec; 1999.

- ◆ Mezcla de sentimientos o emociones como: reproche a sí mismo, inculpar a otros, frustración, impotencia, enojo, sentirse abrumado, etc.
- ◆ Descuido del aspecto y la higiene personal.
- ◆ Manifestaciones corporales como: mareos, náuseas, dolor de cabeza, opresión precordial, temblores, dificultad para respirar, palpitaciones, sequedad en la boca y aumento de la tensión arterial.

## EL PROCESO DE DUELO ALTERADO

En todas las sociedades existen ritos, normas y formas de expresión del duelo, que se derivan de diferentes concepciones de la vida y la muerte. En la cultura latina se desarrollan determinados rituales como el velatorio del cadáver durante 24 horas, el entierro, el acompañamiento de la familia por los amigos, la posterior realización de ceremonias religiosas y la celebración de aniversarios.

Cuando se producen muertes masivas, desapariciones, así como cadáveres no identificados, este proceso se altera y no se pueden cumplir las diferentes facetas del mismo; incluso, en muchos casos, no se dispone del cuerpo y se produce una sensación de vacío, de “duelo frustrado o no resuelto”.

En condiciones de desastres catastróficos y en la guerra, el duelo supone la necesidad de enfrentar otras muchas pérdidas y tiene un sentido más amplio y comunitario; implica la ruptura de un proyecto de vida, con una dimensión no sólo familiar, sino también social, económica y política. Se puede identificar, entonces, no sólo el duelo que individualmente vivencian las personas y su entorno familiar, sino que existe un “duelo colectivo” que implica una atmósfera emocional de sufrimiento y cólera que afecta la dinámica comunitaria. Se mezclan miedos y sentimientos, se entorpecen los canales de comunicación y se modifican las conductas de grupo. En períodos posteriores, es necesario trabajar la memoria histórica de ese colectivo afectado.

Cuando la violencia está como eje central de las muertes, hay mayor dificultad para enfrentar el dolor y llevar adelante un proceso de duelo normal; se incrementa el sufrimiento y persisten los recuerdos traumáticos. Cuando han sido masacres de carácter público, al impacto del fallecimiento de los seres queridos se suma el haber sido testigo de atrocidades. Se experimenta la sensación de falta de sentido de la muerte y un profundo sentimiento de injusticia; así como emociones encontradas y reproche por “no haber hecho nada”.

Las desapariciones forzosas son un método inhumano que ha sido utilizado frecuentemente por las fuerzas participantes en los conflictos armados en nuestra región. En muchos desastres naturales y accidentes provocados por el hombre, también ocurren desapariciones. Aunque la familia tenga la certeza de que la persona murió, vivir con esa pérdida es mucho más difícil. Se crea una ambigüedad de pensamientos y emociones y una preocupación adicional sobre la forma en que se produjeron los hechos y el destino del cuerpo.

Las circunstancias que hacen más difícil enfrentar un proceso de duelo son<sup>3</sup>:

- ◆ desapariciones,
- ◆ imposibilidad de reconocer los cadáveres,
- ◆ enterramientos colectivos,
- ◆ masacres, y
- ◆ los que, aunque supieron de la muerte y pudieron realizar un entierro, pero tienen muchos sentimientos de ira debido a lo brutal e injusto de la misma.

El proceso de duelo alterado conduce, frecuentemente, a la aparición de trastornos psiquiátricos que requieren de intervenciones más especializadas, como en los siguientes casos ocurridos en Guatemala, Colombia y Perú.

---

**Selección de algunos testimonios recopilados en el documento Guatemala: nunca más. Informe del proyecto interdiocesano Recuperación de la memoria histórica. Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado (ODHA), Guatemala, 1998<sup>4</sup>.**

“Nosotros mirábamos cómo mataban a la gente, a la gente joven, mujeres jovencitas todavía. Cuánta gente se quedó triste, las mujeres por sus esposos, gente que era pobre que ya no hallaba qué hacer por sus hijos, por eso nos quedamos en tristeza” Caso 2230 (masacre) Jolomhuitz, Huehuetenango, 1981.

“Los que se murieron allí, se pudrieron allí, ninguno los recogió, ninguno los enterró, porque habían dicho que si alguno los recoge o los va a ver allí mismo se les va a matar. Quien los enterró era uno de ellos. Hasta ahora no sé como terminaron, si algún animal o perro se los comió, no sé... Siempre duele mi corazón y pienso en la violencia que vivieron” Caso 2198, San Pedro Carchá, Alta Verapaz.

“Los muertos civiles, amigos y enemigos, serán enterrados por el personal militar lo más rápido posible a fin de evitar que sean utilizados por los elementos subversivos en su labor de agitación y propaganda” Página 208, Manual de contrainsurgencia del Ejército de Guatemala.

“Un año estuvimos muy tristes. Ya no limpiamos nuestra milpa, se murió la milpa entre el monte, nos costó pasar el año, ya no estaba alegre nuestro corazón... Costó que viniera de nuevo nuestro ánimo, estaban muy tristes todas las personas, estaban muy tristes nuestros parientes. Una niña se salvó, ahora ya es mujer grande y cuando se recuerda, llora.” Caso 553 (masacre), Chiquisib, Alta Verapaz, 1982.

“Fueron amontonados en el patio de la casa, a los cinco o seis días el ejército ordenó que se entierren a los muertos. Nos fuimos, los enterramos, pero no se fueron al cementerio, sólo en un lugar los enterramos, encontramos un hoyo en un barranco, los amontonamos y les echamos fuego. Por realizar esto nos enfermamos, ya no dan ganas de comer. Entre los demás yo vi uno que estaba

---

3 Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado (ODHA). *Guatemala: nunca más*. Informe del proyecto interdiocesano "Recuperación de la memoria histórica". Guatemala: ODHA; 1998.

Rodríguez J, Ruiz P. *Recuperando la esperanza*. Guatemala: OPS/OMS; 2001.

4 Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado (ODHA). *Guatemala: nunca más*. Informe del proyecto interdiocesano "Recuperación de la memoria histórica". Guatemala: ODHA; 1998.

abierto su tórax, su corazón, su pulmón, todo estaba fuera; otro tiene torcida la cabeza para atrás, su rostro está ante el sol. A los dos o tres meses fueron levantados por sus familias, se pasaron al cementerio pero ya no es bueno, ya sólo como agua y hueso, sólo fueron amontonados en las cajas, se juntaron como cinco cajas, los trasladamos al cementerio, pero nos enfermamos. Esto yo mismo lo vi en esos tiempos.” Caso 1368, Tierra Caliente, Quiché, 1981.

“... en cada hoyo se le metían treinta, cuarenta personas. No se podía más pues había que cortarles las rodillas para que cupieran en el fondo del hoyo... y le echábamos gasolina, y aquella llama subía a la altura de dos, tres brazadas la gasolina de alta. Donde aquellos gemidos se oían adentro del fuego, lloraban y gritaban.” Caso 1741 (victimario), Izabal, 1980-83.

### **El desastre de Armero (Colombia), 1985<sup>5</sup>**

El pueblo de Armero, en los Andes colombianos, fue destruido el 13 de noviembre de 1985 por una erupción volcánica que provocó un alud de cenizas, lodo hirviente, rocas y troncos de árboles. El deslizamiento de casi dos km de ancho y una velocidad de hasta 90 km/h, mató el 80% de los 30.000 habitantes de Armero y dejó sin hogar a casi 100.000 pobladores de la región aledaña.

La imposibilidad de recuperar los cadáveres de los fallecidos, que en su inmensa mayoría fueron arrastrados a gran distancia y sepultados por toneladas de arena y escombros, impidió la realización de las ceremonias habituales de nuestra cultura e hizo que muchos meses después los familiares estuvieran ilusionados por rumores de que el fallecido había sido visto en zonas cercanas o distantes vagabundeando o como un loco perdido; cada una de estas informaciones falsas despertaba nuevas esperanzas seguidas siempre por nuevas decepciones. Hasta dos años después de la tragedia el encuentro de cadáveres cuya identificación fue posible movilizó a las familias a buscar los restos de sus deudos para efectuar los ritos religiosos y culturales acostumbrados.

En los lugares donde estuvieron las casas, y que después pudieron identificarse con mayor facilidad que en los meses inmediatos al desastre, se colocaron lápidas mortuorias con los nombres de los fallecidos ante los cuales los parientes depositan flores y rezan oraciones. Así se constituyeron en tumbas simbólicas sobre las que las familias pueden tardíamente hacer un simulacro de actividades evocativas.

### **Un incendio devastador en Lima, Perú<sup>6</sup>**

La noche del 29 de diciembre del 2001 a las 19:15 horas, aproximadamente, se produjo un gran incendio en la zona comercial conocida como 'Mesa Redonda' en el Centro Histórico de Lima, que causó la muerte de aproximadamente 270 personas. El incendio fue causado por un inadecuado almacenamiento y manejo de productos pirotécnicos.

Muchos de los cuerpos se encontraron carbonizados, por lo que el reco-

5 Desjarlais R y col. *Salud mental en el mundo*. Washington, D.C.: OPS/OMS; 1997.

Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental "Simón Bolívar". *Desastres, consecuencias psicosociales. La experiencia latinoamericana*. Serie de Monografías Clínicas No. 2. Illinois, USA: Centro de la Familia Hispánica; 1989.

6 Valero S. *El afronte de la muerte*. Lima; 2002 (inédito).

nocimiento por los familiares fue muy difícil. Participaron en la labor de acompañamiento e intervención en crisis 27 psicólogos de la Sociedad Peruana de Psicología de Emergencias y Desastres, 87 psicólogos voluntarios y 60 personas voluntarias de diversas profesiones.

La primera respuesta estuvo a cargo de los bomberos quienes trabajaron por más de 14 horas para controlar el incendio; además, se enfrentaron a hechos impactantes por la cantidad de personas que clamaban auxilio. También acudieron al lugar brigadistas de la Defensa Civil de Municipalidades, pero en su mayoría eran jóvenes voluntarios sin experiencia en estos eventos. Muchos efectivos de estos equipos de respuesta fueron afectados emocionalmente por la gran cantidad de cadáveres que tuvieron que ver y manejar, entre éstos, niños aferrados a sus madres en un inútil intento de protección.

El primer día de trabajo (31 de diciembre) en la Morgue Central aún no se tenía una idea exacta de cómo realizar el reconocimiento de los cadáveres y se preveía un proceso lento porque a cada uno de los cuerpos se le debía practicar la autopsia. Esto produjo desconcierto en los familiares que esperaban ver los cuerpos y que hicieron largas horas de cola. También debido a que continuaban llegando cadáveres que se amontonaban en un patio contiguo a la sala de autopsia, la gente debía volver a hacer la cola una y otra vez. El sistema de fotos no ayudó mucho ya que los rostros estaban desfigurados.

En estas circunstancias de gran frustración comenzaron a circular rumores entre los familiares, como que se estaban extrayendo los órganos para su comercialización, que se ocultaban cadáveres para ser usados por los estudiantes de medicina, que incinerarían los cuerpos lo cual haría imposible su posterior identificación mediante el ADN. Todos estos rumores y frustraciones hicieron que muchas personas manifestaran actos de violencia verbal, reclamos y protestas que tendían a generalizarse.

Otra dificultad era que, una vez reconocido el cuerpo, tenían que esperar largas horas de trámites burocráticos para poder llevárselo.

La intervención sicosocial en la morgue se dividió en dos grandes grupos. En la parte externa, los psicólogos abordaban a las personas en grupos de 6 a 8 para brindarles información veraz y actualizada. Así mismo, se coordinó con el Arzobispado de Lima para que se hicieran presentes sacerdotes católicos en el lugar.

A la parte interna de la morgue pasaban en grupos de 20 (hasta tres familiares por desaparecido), donde recibían orientaciones y se les indicaba cuál era el estado real de los cuerpos, así como la ruta que debían seguir, para lo que se les asignaba un psicólogo o un voluntario como acompañante. En el segundo día y frente a la presión, también se permitió el ingreso al sitio donde estaban los cuerpos que eran irreconocibles; sin embargo, la gente lograba algunas identificaciones positivas. En el interior de la morgue se creó un puesto médico donde, si era necesario, los familiares eran abordados por el equipo de contención de crisis.

Se instaló una carpa de un organismo dependiente de la Presidencia del Consejo de Ministros, que tenía a su cargo ofrecer los servicios funerarios de manera gratuita.

En el caso de los cuerpos que finalmente no fueron reconocibles, se enviaron a un pabellón en el Cementerio El Ángel de Lima. Esta decisión

calmó el temor de muchos familiares que pensaban que podían ser quemados o enviados a una fosa común. Esta acción permitió que muchas familias manejaran su duelo de una manera más efectiva con el consuelo de disponer de un lugar dónde poder poner un ramo de flores o elevar una plegaria.

---

## LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS EN LOS SOBREVIVIENTES

Ante una situación muy significativa e impactante emocionalmente - como la muerte de seres queridos - ciertos sentimientos y reacciones son frecuentes; por lo general, el duelo implica un alto nivel de angustia y tristeza en las personas. Así mismo, el recuerdo de lo sucedido será parte de la vida de las víctimas y no se borrará de su memoria. Pero se ha demostrado que sólo algunos sujetos experimentan problemas más graves o duraderos que los podrían calificarse como psicopatología.

Algunas manifestaciones síquicas son la respuesta comprensible ante las experiencias traumáticas vividas, pero también pueden ser indicadores de que se está presentando una condición patológica (sobre todo en condiciones de duelos alterados). La valoración debe hacerse en el contexto de los hechos, determinando si se pueden interpretar como respuestas “normales o esperadas” o, por el contrario, identificarse como manifestaciones psicopatológicas que requieren un abordaje profesional.

Algunos criterios para determinar si una expresión emocional se está convirtiendo en sintomática son:

- ◆ prolongación en el tiempo,
- ◆ sufrimiento intenso,
- ◆ complicaciones asociadas (por ejemplo, una conducta suicida), y
- ◆ afectación significativa del funcionamiento social y cotidiano de la persona.

Los trastornos psíquicos inmediatos más frecuentes en los sobrevivientes son los episodios depresivos y las reacciones de estrés agudo de tipo transitorio. El riesgo de aparición de estos trastornos aumenta de acuerdo con las características de las pérdidas y otros factores de vulnerabilidad. En los desastres también se ha observado el incremento de las conductas violentas, así como el consumo excesivo de alcohol.

Entre los efectos tardíos se reportan duelos patológicos que se expresan como depresión, trastornos de adaptación, manifestaciones de estrés postraumático, abuso del alcohol u otras sustancias adictivas y trastornos psicósomáticos. En guerras y conflictos de larga duración, los patrones de sufrimiento se manifiestan como tristeza, miedo generalizado y ansiedad expresados corporalmente, síntomas que con frecuencia adquieren un carácter grave y de larga duración.

El duelo complicado puede conducir a un trastorno depresivo<sup>7</sup> que se caracteriza por una tristeza acentuada, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución del nivel de actividad y cansancio exagerado. También se señalan

7 Varios autores. CIE 10/*Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor, 1992.

síntomas como: disminución de la atención y la concentración, pérdida de confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa, perspectivas sombrías sobre el futuro, pensamientos o actos suicidas, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

Los trastornos de adaptación se caracterizan por un estado de malestar subjetivo, trastornos emocionales que alteran la vida social y dificultad para ajustarse al cambio vital que significa la pérdida.

El estrés postraumático es un trastorno de tipo tardío o diferido que aparece como consecuencia de acontecimientos excepcionalmente amenazantes o catastróficos; se inicia después del trauma con un período de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta los seis meses. En muchas ocasiones, más que un cuadro completo de estrés postraumático, aparecen sólo algunos síntomas del mismo<sup>8</sup>:

- ◆ *Evocación del acontecimiento traumático (revivir el acontecimiento):* recuerdos recurrentes e intrusos, pesadillas, flashbacks.
- ◆ *Evitación de estímulos asociados con el traumatismo:* esfuerzos para evitar conversaciones, situaciones, lugares o personas que recuerden el acontecimiento.
- ◆ *Disociación:* sensación subjetiva de embotamiento o ausencia de la realidad, aturdimiento, como en un sueño. No poder recordar aspectos importantes del trauma.
- ◆ *Disminución de la capacidad de respuesta al mundo exterior:* incapacidad de sentir emociones, sensación de alejamiento de los demás.
- ◆ *Aumento de la activación:* estado aumentado de alerta, irritabilidad o ataques de ira.
- ◆ *Ansiedad significativa:* en ocasiones, estallidos agudos de miedo o pánico.
- ◆ *Depresión:* es frecuente la ideación suicida.
- ◆ *Insomnio.*
- ◆ *Síntomas vegetativos.*
- ◆ *El consumo de alcohol o drogas puede ser un factor agravante.*

También se ha reportado el incremento del índice de suicidios en los períodos posteriores al deceso masivo de personas como consecuencia de desastres naturales o crímenes de guerra (Guatemala y Armero)<sup>9</sup>.

---

### La conducta suicida

Algunos datos de informantes clave sugieren que en los últimos años se ha producido un aumento significativo de los suicidios en algunas zonas que sufrieron masacres. Aunque no existen estudios precisos y pueden influir otros

---

8 OPS/OMS. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2002.  
 Rodríguez J. *Principios generales para la atención psicosocial en situaciones de desastres*. Conferencia dictada en el Congreso Latinoamericano de Psiquiatría (APAL), Guatemala, junio de 2002.  
 Varios autores. *CIE 10/Trastornos mentales y del comportamiento/Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor; 1992.

9 Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado (ODHA). *Guatemala: nunca más*. Informe del proyecto interdiocesano "Recuperación de la memoria histórica". Guatemala: ODHA; 1998.  
 Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental "Simón Bolívar". *Desastres, consecuencias psicosociales. La experiencia latinoamericana*. Serie de Monografías Clínicas No. 2. Illinois, USA: Centro de la Familia Hispánica; 1989.

factores, un análisis de los libros de defunciones de la municipalidad de Rabinal (Guatemala) mostró un aumento evidente de las muertes por suicidio que, antes de los años 80, como en la mayor parte de las culturas indígenas, eran muy raras<sup>10</sup>.

Entre los efectos tardíos más significativos del desastre de Armero (Colombia) se menciona el elevado número de suicidios entre los sobrevivientes, que se fueron sucediendo después del primer año. Es posible, incluso, que la cifra sea más elevada, debido a que el suicidio tiende a ser ocultado o disfrazado como accidente (Santacruz, H. y Lozano, J.)<sup>11</sup>.

### **Efectos del huracán Mitch en la salud mental de la población adulta hondureña<sup>12</sup>**

El huracán Mitch azotó Centroamérica a partir del 25 de octubre de 1998. Honduras sufrió la mayor carga de este desastre natural.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el gobierno hondureño estimaron que más de 1'500.000 personas se desplazaron, 5.657 murieron y otras 8.058 desaparecieron. Se reportaron 112.272 personas como damnificadas. Aproximadamente 1.375 albergues tuvieron que establecerse para alojar a 285.000 personas víctimas de este desastre. Sin embargo, poco se informó sobre los efectos del desastre en la salud mental de la población.

La repercusión de un desastre en la salud mental es el resultado de varios factores que necesitan ser considerados apropiadamente, como las muertes y desapariciones de familiares, vecinos y amigos. En la investigación se demostró que el impacto del desastre puede dar lugar a la aflicción por duelo, estrés postraumático y otros trastornos psiquiátricos, una combinación de los tres resultados o ninguna dificultad; también, a otros problemas como la conducta violenta. Esto puede evolucionar hacia la cronicidad o a la resolución del proceso agudo. La modificación de condiciones, como la predisposición biológica y psicológica, los factores ocupacionales y sociodemográficos, los elementos culturales, la calidad de la relación con el difunto, la intervención, la confirmación de la muerte *versus* la muerte presumida y los soportes sociales, pueden hacer variar los resultados.

La salud mental de la población hondureña requerirá de una vigilancia continua para determinar la repercusión a largo plazo del huracán Mitch. La recuperación puede ser obstaculizada por los factores de estrés secundarios, incluida la exposición a la violencia. Los individuos sujetos a un estrés secundario pueden ser más vulnerables y mantener índices mayores de estrés postraumático, depresión mayor, discapacidad y malestar psicológico. Es necesario identificar los individuos en riesgo y los factores que pueden mediar ese riesgo, para que puedan implementarse los servicios e intervenciones adecuadas.

10 Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado (ODHA). *Guatemala: nunca más*. Informe del proyecto interdiocesano "Recuperación de la memoria histórica". Guatemala: ODHA; 1998.

11 Rodríguez J. *Principios generales para la atención psicosocial en situaciones de desastres*. Conferencia dictada en el Congreso Latinoamericano de Psiquiatría (APAL), Guatemala, junio de 2002.

12 Rodríguez J, Bergonzoli G, Levav I. *Violencia política y salud mental en Guatemala*. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 2002;48:43-4.

## LA NOTIFICACIÓN DE LA DESAPARICIÓN O MUERTE Y EL RECONOCIMIENTO DE CADÁVERES

La notificación de la muerte se puede producir en el hogar, en un centro de salud, en la morgue o en otro escenario. Resulta un momento crítico y difícil de enfrentar pues puede producir reacciones fuertes. Algunas recomendaciones útiles son las siguientes:

- ◆ antes de la notificación, debe recopilarse toda la información posible sobre el fallecido y los hechos acaecidos;
- ◆ obtener información sobre las personas que van a ser notificadas;
- ◆ asegurarse de que el familiar adulto más apropiado reciba la noticia primero;
- ◆ la notificación debe realizarse de manera directa y personal;
- ◆ la notificación debe hacerse, preferiblemente, por dos personas;
- ◆ manejar las reglas comunes de cortesía y respeto;
- ◆ no llevar a la entrevista objetos personales del fallecido;
- ◆ invitar a los familiares para que se sienten y hacer lo mismo por parte de quienes van a notificarlos;
- ◆ observar cuidadosamente el ambiente para prevenir riesgos y estar preparado para atender niños u otras personas;
- ◆ el mensaje debe ser directo y sencillo; a la mayoría de las personas las características de la escena le harán prever que algo terrible ha pasado, por lo que no debe prolongarse su agonía o ansiedad; no hay que dejar dudas ni crear falsas expectativas;
- ◆ estar preparado para presentar evidencias y responder preguntas;
- ◆ si los familiares lo requieren, debe ayudárseles a informar a otras personas, y
- ◆ escuchar y atender las necesidades inmediatas de los familiares, así como recordarles sus derechos.

La notificación del fallecimiento siempre debe ser individual (caso por caso); debe evitarse dar una información de esta índole de forma masiva o grupal. Si es necesario, deben constituirse varios equipos o parejas que se distribuyan el trabajo.

Si la persona es desaparecida debe notificarse como tal. Esto genera el comienzo de un proceso de tristeza anticipada, pero también ayuda si los desaparecidos se confirman posteriormente como muertos.

Si existen posibilidades de que no se confirme en el corto plazo (o tal vez nunca) la muerte o el destino del desaparecido, es necesario explicar las circunstancias que rodean el caso.

Si existen dudas sobre la identidad de los cadáveres, debe explicarse la investigación que se realiza y aclarar que hasta que no se concluya no se puede ofrecer una información fehaciente, evitando las conjeturas.

Un problema importante por enfrentar en casos de muertes masivas es el del reconocimiento de los cadáveres. En este complejo proceso se ven implicados diversos actores como son: familiares, autoridades, trabajadores de las morgues, equipos médicos y de asistencia psicológica, así como los medios de comunicación social.

Las personas (en ocasiones, adolescentes) que se ven forzadas a enfrentar el difícil trance del reconocimiento de los cadáveres se exponen a momentos muy traumáticos. Entre las manifestaciones que se presentan entre los familiares que van a reconocer los cuerpos de sus seres queridos destacan la desesperación, la frustración y, ocasionalmente, manifestaciones de protesta o inconformidad con los procedimientos que se están usando, etc. Esto se puede ver acrecentado si los cadáveres se encuentran en estado de descomposición, mutilados o quemados, como ocurre en los casos de incendios o accidentes de aviación.

Si los cuerpos no se encuentran o no se pueden reconocer, se puede esperar a que se presenten diversos rumores, que deben ser afrontados mediante una información veraz y oportuna. Se debe permitir que los familiares vean todos los cuerpos, cualquiera que sea el estado en que éstos se encuentren, ya que los deudos siempre harán todo lo posible por reconocer a sus seres queridos. De no hacerse esto, pueden aparecer manifestaciones de inconformidad y violencia.

Es importante contar con servicios médicos y de atención de salud mental lo más cerca posible del lugar donde se esté realizando el reconocimiento de cadáveres para brindar asistencia física y emocional a los familiares.

Por lo general, los familiares reclaman ver el cadáver lo antes posible o esto puede ser necesario para identificar el cuerpo. Se recomienda lo siguiente:

- ◆ La decisión de quiénes van a ver el cadáver deben tomarlas los propios dolientes.
- ◆ No permitir que los familiares ingresen solos al reconocimiento; es preferible que estén acompañados por personal calificado que les brinde algún soporte emocional.
- ◆ Ofrecer privacidad y respeto para que puedan despedirse, incluso si quieren tocar el cuerpo.
- ◆ Respetar en ese momento cualquier tipo de reacción que puedan tener los familiares.
- ◆ Si el cuerpo está muy alterado o mutilado, es necesario explicar previamente y de manera clara las condiciones en que se encuentra.
- ◆ Si se utilizan fotografías, describirlas previamente. El sistema de fotos puede ser eficaz en situaciones con un número reducido de cadáveres; pero cuando existe un número elevado de cuerpos puede generar tumultos o prestarse a que dos o más familias crean reconocer un mismo cuerpo.
- ◆ Un apoyo necesario, casi siempre, es transportar a los familiares hacia el lugar donde está el cadáver y asegurar el retorno.
- ◆ Proveer mínimas condiciones de comodidad y garantizar una atención humana en el lugar del reconocimiento de los cadáveres.

## ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LOS SOBREVIVIENTES

Frecuentemente se enfrenta un panorama desolador con numerosas pérdidas humanas y materiales en una situación de inseguridad y angustia.

Los familiares de los desaparecidos son atormentados por la duda y falta de certeza en cuanto a lo que realmente ocurrió. También, cuando las víctimas han sido enterradas en fosas comunes o cremadas y no fueron debidamente identificadas, se crea una situación de dolor prolongado e incertidumbre entre los familiares.

En los primeros momentos es necesario utilizar técnicas de intervención en crisis para los sobrevivientes. A continuación se dan algunas recomendaciones <sup>13</sup>:

- ◆ Tratarlos como sobrevivientes activos y no como víctimas pasivas.
- ◆ Asistir y mostrar preocupación por la seguridad física y la salud.
- ◆ Asegurarse que tengan abrigo, alimentación, vestuario y que puedan dormir.
- ◆ Proporcionar apoyo emocional y un sentido de conexión con otras personas.
- ◆ Asegurar privacidad y confidencialidad en la comunicación.
- ◆ Facilitar que ventilen o cuenten su historia y afloren las emociones.
- ◆ El que ofrece la ayuda psicológica debe desarrollar el sentido de escuchar responsable, cuidadosa y pacientemente. Los miembros de los equipos de respuesta deben explorar sus propias concepciones y preocupaciones sobre la muerte y no deben imponer su visión a aquéllos que ayudan.
- ◆ No darle carácter médico a la atención. No tratar a las víctimas, necesariamente, como enfermos.
- ◆ Más que dar consejos, debe permitirse la reflexión sobre lo sucedido y cómo enfrentar el futuro. Las orientaciones deben referirse más bien a cuestiones prácticas y canales de ayuda que se abren.
- ◆ Proveer tanta información como sea posible y escuchar las dudas y problemas para contribuir a canalizarlos.
- ◆ Favorecer el retorno a la vida cotidiana lo antes posible.
- ◆ Evitar la intromisión de la prensa u otros grupos.
- ◆ El apoyo espiritual o religioso es, generalmente, un instrumento valioso para calmar a los familiares.

Un elemento importante en el manejo de los duelos es favorecer la rápida tramitación de la funeraria y lograr que sea gratuita o accesible para las personas de bajos ingresos. La demora en la entrega de los cadáveres y la incertidumbre sobre los recursos para el pago de los servicios funerarios crea aún mayor angustia y sufrimiento.

Frecuentemente, las autoridades no conceden mayor importancia al problema de los servicios funerarios, sobre todo en medio de la situación de caos creada por el desastre. Sin embargo, para los familiares tiene una gran significación y puede ser motivo de protestas y malestar colectivo.

13 OPS/OMS. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2002. Rodríguez J. *Psicoterapia: una relación de ayuda*. Guatemala: Empretec; 1999.

Los criterios de remisión a un especialista (psicólogo o médico psiquiatra) son limitados y específicos:

- ◆ Síntomas persistentes o agravados que no se han aliviado con las medidas iniciales.
- ◆ Dificultades importantes en la vida familiar, laboral o social.
- ◆ Riesgo de complicaciones, en especial, el suicidio.
- ◆ Problemas coexistentes como alcoholismo u otras adicciones.
- ◆ Las depresiones mayores, psicosis y el trastorno por estrés postraumático son cuadros psiquiátricos graves que requieren de atención especializada.

El uso de medicamentos debe estar restringido a los casos estrictamente necesarios y sólo prescritos por facultativos. No es recomendable el uso indiscriminado y por largos períodos de psicofármacos; algunos, como los tranquilizantes, tienen efectos secundarios importantes y crean adicción.

La gran mayoría de los casos pueden y deben atenderse ambulatoriamente, en su contexto familiar y comunitario. Por lo general, la hospitalización no es necesaria. En la vida cotidiana es donde se activa la recuperación sicosocial de las personas después de los eventos traumáticos importantes.

Para los niños sobrevivientes se recomienda:

- ◆ Una estrategia de recuperación psicosocial flexible y no profesionalizada.
- ◆ Considerar la escuela, la comunidad y la familia como espacios terapéuticos fundamentales. Los maestros, el personal comunitario, los grupos de mujeres y los grupos de jóvenes se convierten en agentes de trabajo con los menores.
- ◆ Fortalecer la capacitación, la atención y la motivación del personal que trabaja con niños.
- ◆ Las técnicas grupales lúdicas son instrumentos esenciales para la recuperación psicosocial de los niños. Deben combinarse con la recreación y el deporte.
- ◆ Favorecer, lo antes posible, el retorno a la vida normal incluyendo la escuela.
- ◆ Aprovechar las tradiciones populares en lo referente a los cuidados y la atención de los menores afectados.

## **ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LOS EQUIPOS DE RESPUESTA, EN ESPECIAL AL PERSONAL QUE TRABAJÓ EN LA IDENTIFICACIÓN Y LA DISPOSICIÓN DE CADÁVERES**

Un grupo especialmente vulnerable son los miembros de los equipos de primera respuesta encargados de la manipulación de los cadáveres o restos humanos; muchos de ellos son voluntarios jóvenes o personal de instituciones castrenses. También están los encargados de realizar las autopsias los cuales se sienten abrumados y sobrecar-

gados en su carga laboral, cuando se presentan situaciones de muertes masivas. En forma general, no debe olvidarse la amplia gama de trabajadores que de una forma u otra intervienen en casos de esta índole.

No todos los profesionales y voluntarios resultan aptos para estas labores, lo cual depende de variados factores como su edad, personalidad, experiencias anteriores, creencias sobre la muerte, etc. Se les debe informar de forma amplia sobre las características de las labores que realizarán y evitar que personas menores de 21 años participen o realicen labores de manejo de cadáveres.

Existen factores de riesgo que incrementan la probabilidad de sufrir trastornos psíquicos:

- ◆ Las condiciones en que se encuentren los cadáveres (avanzado estado de descomposición, mutilados, calcinados, etc.) o que sólo se recuperen miembros o partes de los cuerpos.
- ◆ Exposición prolongada a experiencias muy traumáticas.
- ◆ Confrontación con aspectos éticos.
- ◆ Exposición simultánea a otros traumas o situaciones estresantes recientes.
- ◆ Antecedentes de trastornos físicos o síquicos.
- ◆ Condiciones de vida desfavorables.
- ◆ Un proceso de selección no riguroso del personal profesional.

Es probable que el personal de los equipos de respuesta experimente algunas dificultades al regresar a su vida cotidiana al terminar sus labores en la emergencia. Éstas no deben considerarse, necesariamente, como expresión de enfermedad y requieren, sobre todo, de apoyo y acompañamiento familiar y social.

El concepto de “vulnerabilidad universal”<sup>14</sup> sostiene que no existe ningún tipo de entrenamiento o preparación previa que pueda eliminar completamente la posibilidad de que una persona que trabaje con víctimas primarias y fallecidas, sea afectada por síntomas de estrés postraumático u otros trastornos psíquicos. Cuando se evidencie la aparición de manifestaciones sicopatológicas importantes deben canalizarse los casos hacia una ayuda especializada.

Algunas recomendaciones generales para la atención a los miembros de los equipos de respuesta son:

- ◆ Considerar las características y los patrones de conducta específicos de este grupo. Ellos, generalmente, se sienten satisfechos por lo realizado y desarrollan un espíritu altruista.
- ◆ Mantenerlos en actividad es positivo, libera estrés y refuerza la autoestima.
- ◆ Favorecer la rotación de roles, así como organizar adecuadamente los tiempos de trabajo; a quienes han manejado cadáveres durante un tiempo, después deben asignarse otras tareas menos impactantes.
- ◆ Estimular el autocuidado físico y tomar descansos periódicos.
- ◆ Los terapeutas deben mantener una actitud de escuchar responsablemente.

14 OPS/OMS. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2002

- ◆ Garantizar la confidencialidad y el manejo ético de las situaciones personales y de la organización.
- ◆ Redefinir las crisis como una posibilidad para el crecimiento.
- ◆ Incluir a la familia en los procesos de ayuda y sensibilización.
- ◆ Disminución de los condicionantes de estrés y valoración de estados emocionales subyacentes, antes y durante la emergencia.
- ◆ Creación de espacios para la reflexión, la catarsis, la integración y la sistematización de la experiencia. Reconocer el enojo de algunos, no como algo personal, sino como la expresión de frustración, culpa o preocupación.
- ◆ Estimular que entre ellos se manifieste el apoyo, la solidaridad, el reconocimiento y el aprecio mutuo.
- ◆ Siempre que sea factible, los equipos implicados en el manejo y el reconocimiento de los cadáveres deben pasar por un proceso de atención o acompañamiento psicológico grupal al término de cada jornada de trabajo y una semana después de finalizar las operaciones.

Las orientaciones para el personal que haya laborado en el manejo de cadáveres, después que retorne la normalidad y se reintegre a la vida cotidiana son:

- ◆ Regresar a su rutina lo antes posible.
- ◆ Realizar ejercicios físicos y de relajación.
- ◆ Buscar contacto con la naturaleza.
- ◆ Descansar y dormir lo suficiente.
- ◆ Alimentarse de forma balanceada y regular.
- ◆ No tratar de disminuir el sufrimiento con el uso de alcohol o drogas.
- ◆ Buscar compañía y hablar con otras personas.
- ◆ Participar en actividades familiares y sociales.
- ◆ Observar y analizar sus propios sentimientos y pensamientos.
- ◆ Reflexionar sobre la experiencia que ha vivido y lo que significa como parte de su vida.

## LA IMPORTANCIA DE UNA INFORMACIÓN VERAZ, ADECUADA Y OPORTUNA

El disponer de una información veraz, transparente, adecuada y oportuna es vital para la contención emocional de los familiares y la población. La misma debe comprenderse en varias dimensiones:

- ◆ directa individual,
- ◆ directa grupal y comunitaria, y
- ◆ por los medios de comunicación.

Las autoridades y líderes comunitarios deben estar preparados para ofrecer información directa ya sea individual o en grupos, así como para responder preguntas y disponerse a la búsqueda de soluciones.

Los medios de comunicación se caracterizan por una dualidad en su naturaleza; por un lado, son empresas lucrativas y por otro, tienen una enorme responsabilidad social por el servicio público que brindan.

Las informaciones sobre desastres y grandes cantidades de muertos son explotadas, frecuentemente, como sucesos noticiosos potenciando lo inédito, lo extraordinario o inaudito; incluso se puede manipular cierto interés morboso del público. Sin embargo, se debe insistir en el perfil ético y los aspectos de sensibilidad humana con que se debe manejar la información sobre estos acontecimientos; el objetivo debe ser una noticia veraz y responsable que sea capaz de orientar correctamente.

Existen situaciones de muertes masivas en que los familiares se enteran de lo ocurrido por los medios de comunicación. En estos casos se puede esperar grandes aglomeraciones de personas pugnando por obtener información o para trasladarse lo más pronto posible al lugar de los acontecimientos.

Un problema frecuente es el número de personas que circulan por las morgues, hospitales u otros lugares en busca de parientes o allegados y las limitaciones para su ingreso en forma individual o en pequeños grupos. Esto crea inconvenientes por la congestión y la desorganización que se pueden originar. Sin embargo, deben buscarse soluciones que den una respuesta adecuada, humana y respetuosa a estas personas.

En ocasiones, la ausencia de la fuerza pública, por diversas razones, distrae la atención de un grupo considerable de trabajadores de la salud o los servicios humanitarios quienes se dedican al control del público; éste no es agresivo en la mayoría de los casos, pero por su gran cantidad es indispensable agruparlo y organizarlo para brindarle una adecuada información.

Es necesario divulgar que los riesgos de brotes epidémicos por los cadáveres que murieron como consecuencia del desastre son mínimos. Este riesgo es inexistente cuando los cadáveres son enterrados en un deslizamiento de terreno o en derrumbes.

Para las tareas de información es importante buscar el apoyo oportuno de vecinos y organizaciones comunitarias que tienen, además de talento humano, un gran conocimiento de la población y sus costumbres.

## **PAPEL DE LAS AUTORIDADES**

El papel de las autoridades gubernamentales, así como de líderes comunitarios y de organizaciones no gubernamentales, es sumamente importante. Es responsabilidad del sector salud asesorarlos en los aspectos técnicos y humanos relacionados con el manejo masivo de cadáveres (consideraciones sociales, legales, de derechos humanos, sanitarias y aspectos psicológicos). Pueden cumplir una función importante en la información así como en la contención de las personas más afectadas.

Las decisiones de las autoridades definen, en muchas ocasiones, la conducta que

se debe seguir en el manejo de los cadáveres y en el abordaje de la población que vive en una atmósfera emocional compleja. Las decisiones apresuradas e inapropiadas pueden causar un daño importante y duradero, así como complicar los procesos posteriores de atención y rehabilitación sicosocial de la población.

Independientemente de la potestad de las autoridades a cargo del manejo de la emergencia y de los motivos epidemiológicos que puedan apresurar la disposición de los restos mortales, se deben adoptar medidas que respeten y consideren las costumbres de la población, evitando situaciones como la sepultura en fosas comunes o la cremación, generalmente prohibidas por las disposiciones legales y violatorias de derechos humanos fundamentales.

Resulta conveniente que las autoridades e instituciones públicas dispongan de voceros que se encarguen específicamente del manejo de la información y apoyen la contención emocional de la población. Es bueno tener horarios regulares para la información y hacer uso de comunicados oficiales, evitando la ambigüedad.

## CONCLUSIONES

El afrontamiento de una situación de emergencia en la cual se ha producido un gran número de cadáveres no es solamente un problema del sector salud; en el mismo se involucran otros actores como instituciones gubernamentales, ONG, autoridades locales y la propia comunidad. Entre las medidas inmediatas más generales que contribuyen a crear un clima de orden y tranquilidad emocional están:

- ◆ Una respuesta acertada y ordenada, por parte de las autoridades.
- ◆ Información veraz y oportuna.
- ◆ Favorecer la cooperación interinstitucional y la participación de la comunidad.
- ◆ Garantizar los servicios básicos de salud y priorizar la atención sicosocial a los sobrevivientes.
- ◆ Brindar atención prioritaria a los grupos más vulnerables y tomar en consideración las diferencias relacionadas con el género y la edad.
- ◆ Prever el incremento de personas con manifestaciones de duelo alterado o trastornos psiquiátricos y facilitar su adecuada atención.
- ◆ Garantizar el manejo cuidadoso y ético de los cadáveres por parte de los cuerpos de socorro.
- ◆ Establecer una manera clara, ordenada e individualizada de realizar las notificaciones de las muertes y desapariciones.
- ◆ Evitar los enterramientos masivos o en fosas comunes. Promover la identificación y el registro apropiado de los cadáveres, así como la entrega de los mismos a sus familiares, de manera que se respeten los deseos y las costumbres de las familias.

Es necesario que las vivencias traumáticas, así como las pérdidas y el duelo, adquieran diferentes formas de expresión según la cultura. Los conceptos predomi-

nantes sobre la vida y la muerte y la ejecución de los ritos de despedida de los seres queridos adquieren relevancia en los procesos de aceptación y reelaboración de lo sucedido.

Deben tenerse en cuenta los efectos tardíos que aparecen en situaciones de desastre con gran número de fallecidos, con el propósito de diseñar estrategias de intervención apropiadas para la prevención y el control eficaz de los mismos. Sin embargo, las respuestas institucionales más frecuentes están basadas en la atención psiquiátrica individual y sirven sólo a un número muy reducido de las personas afectadas.

En el caso de las masacres, se enfatiza en la necesidad de medidas de mediano y largo plazo para lograr la reconstrucción del tejido social:

- ◆ Resarcimiento (material e indemnización).
- ◆ Atención humanitaria y respeto de los derechos humanos de los sobrevivientes.
- ◆ Recuperación de la memoria colectiva y la dignificación de las víctimas.
- ◆ Exhumaciones que pueden contribuir al esclarecimiento de los hechos y a facilitar el proceso de duelo familiar y comunitario.
- ◆ Papel activo de los diferentes actores (estado y sociedad civil).
- ◆ Fomentar la convivencia pacífica.
- ◆ Cambios sociales y políticos que contribuyan al bienestar general, la construcción de la paz y la democracia.

Muchos países de nuestra región han sido afectados históricamente por eventos traumáticos múltiples como conflictos armados y desastres naturales, en un contexto de apreciable adversidad socioeconómica. Las pérdidas humanas y materiales han sido enormes; se impone afrontar la recuperación sicosocial de estas poblaciones como una política de estado en el marco de una atención integral de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- CIE 10: *trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor, 1992.
- CISP; Unión Europea; ACNUR; Pastoral Social. *El desplazamiento por la violencia en Colombia*. Bogotá: CISP; 1999.
- Desjarlais, R.../et al./ *Salud mental en el mundo*. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1997.
- James, J.W; Friedman, R. *The grief recovery handbook*. New York: Harpel Perennial, 1998.
- Kohn, R.../et al./ *El huracán Mitch y la salud mental de la población adulta: un estudio en Tegucigalpa, Honduras*; 1999 (inédito).
- Matsakis, A. *Survivor guilt: a self-help guide*. Oakland: New Harbinger Publications, 1999.
- Oficina de Derechos Humanos del Arzobispado (ODHA). *Guatemala: nunca más*. Informe del proyecto interdiocesano "Recuperación de la memoria histórica". Guatemala: ODHA; 1998.
- OPS/OMS. *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2002.
- Prewitt, J; Savallos, M. *Salud psicosocial en un desastre complejo: el efecto del huracán Mitch en Nicaragua*. Guatemala: Cruz Roja Americana, 2000.
- Prewitt, J. *Ayuda psicosocial en desastres: un modelo para Guatemala*. Guatemala: Cruz Roja Americana, 2002.
- Programa de Cooperación Internacional en Salud Mental "Simón Bolívar". *Desastres, consecuencias psicosociales. La experiencia latinoamericana*. Serie de Monografías Clínicas No. 2. Illinois, USA: Centro de la Familia Hispánica, 1989.
- Rodríguez, J. *Principios generales para la atención psicosocial en situaciones de desastres*. Conferencia dictada en el Congreso Latinoamericano de Psiquiatría (APAL), Guatemala, junio de 2002.
- Rodríguez, J; Bergonzoli, G; Levav, I. *Violencia política y salud mental en Guatemala*. En: Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina 2002;48:43-4.
- Rodríguez, J; Ruiz, P. *Recuperando la esperanza*. Guatemala: OPS/OMS, 2001.
- Rodríguez, J. *Psicoterapia: una relación de ayuda*. Guatemala: Empretec, 1999.
- Valero, S. *El afronte de la muerte*. Lima, 2002 (inédito).
- Valero, S. *Como ayudar a un persona en duelo*. Material elaborado para la Sociedad Peruana de Psicología de Emergencias y Desastres. Lima, 2002.