

La muerte como consecuencia de eventos traumáticos

Ivanna E. Bustos

Catedrática Principal
Cátedra Libre de Formación en Entrenamiento Simulado,
Emergencias y Catástrofes
Facultad de Medicina UBA

Mortalidad como consecuencia de la enfermedad trauma

La palabra **trauma** proviene etimológicamente de un término griego *traumatós*: golpe; y probablemente sea con esta acepción que todo el mundo la conoce, sin embargo la definición más completa de trauma es la siguiente: *“Se denomina trauma al daño resultante de la exposición del organismo a energías que sobrepasan el límite de su tolerancia, pero también al daño resultante por la exposición a la falta de elementos necesarios para el mantenimiento de la vida tales como el calor y el oxígeno”*.

El trauma es sinónimo de **daño**, y el daño puede ser **intencional** (violencia, homicidio, suicidio) o **no intencional** (los incorrectamente llamados “accidentes”); es en este punto que se torna dificultoso cualquier intento de prevención: cuando llamamos accidente a aquello que puede prevenirse y por lo tanto evitarse; no puede atribuirse una falta de previsión al azar, la mala suerte, el infortunio, la decisión divina; quien maneja bajo efectos del alcohol provocará o sufrirá lesiones, quien maneja a 100 km de velocidad en una avenida con asfalto húmedo por lluvia o neblina debe representarse la posibilidad de provocarse o provocar daño. Sin embargo debe considerarse otra variable: **el entorno**; el diseño de veredas y calles, la visibilidad en las esquinas, la existencia y el buen funcionamiento de los semáforos, las normas de tránsito vigentes y los mecanismos para monitorear su cumplimiento influyen en forma indirecta sobre el impacto del trauma en conductores y peatones. Son muchos los ejemplos de trauma que pueden citarse: colisión de vehículos a motor, atropellamientos, caídas, quemaduras, hipotermia, asfixias, explosiones, heridas por proyectil de armas de fuego o por armas blancas. En cuanto a los escenarios de trauma son tan variados como pueden serlo las actividades que desarrollan los seres humanos en su vida: el hogar, el trabajo, la vía pública, sitios de recreación, instituciones educativas.

En todo el mundo el trauma constituye una **enfermedad** que causa la muerte, el impacto se produce especialmente en la franja etaria de 1 a 50 años de edad. Habitados como estamos a hablar de “accidentes”, este parece ser un problema

insalvable a pesar de los muchos y activos esfuerzos que se realizan como estrategias de prevención, entonces el trauma constituye un verdadero desafío para la Salud Pública.

La prevención en trauma se basa en tres estrategias: **prevención primaria** (evitar el trauma), **prevención secundaria** (atenuarlo, por ejemplo con el uso adecuado de cascos y cinturones de seguridad o la presencia de térmicas y disyuntores en el hogar) y la **prevención terciaria** (atención interdisciplinaria e integral del traumatizado).

Todos los enfoques con los que puede abordarse este tema muestran su extraordinaria complejidad: en nuestro país cada 12 minutos muere una persona por causa de trauma, 4 personas mueren por hora, 100 por día, aproximadamente 40.000 por año. El trauma representa la tercera causa de muerte en todos los grupos etarios y la primera causa entre 1 y 45 años de edad superando las enfermedades cardiovasculares y el cáncer; a esta realidad se suma otro concepto más: los años de vida potencialmente perdidos que implican años de trabajo y productividad en una comunidad a la vez que una enorme inversión en medicina asistencial y en rehabilitación. Así el impacto del trauma es enorme: afecta a la economía general de una sociedad, afecta a las personas toda vez que produce discapacidad y/o muerte, afecta a las familias con su carga de dolor y sufrimiento y al sistema de salud porque requiere una costosa inversión en recursos materiales específicos y recursos humanos capacitados adecuadamente.

La mortalidad por trauma se representa en un **gráfico trimodal**: la primera curva representa las muertes que ocurren en los primeros minutos posteriores al impacto, la causa son lesiones profundas en cráneo, en macizo facial (que afectan a la vía aérea), graves lesiones en cuello que afectan vía aérea y grandes vasos. Son las muertes que solo se pueden evitar a través de la prevención. La segunda curva representa la “hora de oro”, una eficaz intervención de equipos de asistencia médica en ámbito prehospitalario influye notablemente sobre las posibilidades de sobrevivida de las víctimas, dando prioridad a la resolución de aquellas lesiones que ponen en riesgo la vida. Finalmente la tercera curva representa las muertes a los 7 a 15 días como producto de la sepsis.

Otra forma de trauma lo constituye **la violencia**, un problema que ya se considera una pandemia, más terrible aún porque representan muertes evitables y generalmente las víctimas son las más vulnerables. Es realmente una cuestión de salud pública porque no solo produce lesiones, discapacidad y muerte sino porque debilita y deteriora el tejido social de solidaridad y cooperación (el denominado “capital social”). En 2002 el Informe mundial sobre violencia y salud menciona que la violencia provoca más de 1.600.000 muertes en el mundo, y por cada una de

ellas muchas personas sufren alteraciones en su salud física, psíquica, sexual y reproductiva con una constelación de patologías que incluyen los desórdenes alimentarios, la dependencia de sustancias psicoactivas, enfermedades psiquiátricas, prostitución y enfermedades de transmisión sexual.

La mortalidad por violencia es solo un aspecto del problema, en realidad una pequeñísima parte del total de lo que representa la violencia y su impacto sobre todas las comunidades. En 1981 se define a la violencia: *“Imposición interhumana de un grado significativo de dolor y sufrimiento evitable”*. En 2003 la OMS la define como: *“el uso intencional o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos de desarrollo o privaciones”*; en realidad como todos los fenómenos que resultan de la interacción humana es una construcción social fuertemente influida por el momento histórico, el lugar y las condiciones de vida imperantes.

Existen tres principales causas de muerte relacionadas con el trauma: las colisiones de vehículos a motor, los homicidios y los suicidios, aunque todas las demás formas de trauma y violencia (la lista es extensa) se relacionan con la morbilidad y solo en forma indirecta con la muerte. Esto no significa una disminución del impacto en el aspecto económico; en el sector salud claramente implica más inversión en la asistencia particularmente en atención especializada (traumatología, neurocirugía, terapia intensiva, salud mental) y en terapias de rehabilitación.

El abordaje desde la salud pública requiere:

- Obtener todos los datos posibles sobre la magnitud, las características y las consecuencias a nivel local, nacional e internacional.
- Determinar las causas y los factores que influyen en el riesgo de violencia.
- Elaborar estrategias tendientes a prevenir la violencia.
- Difusión amplia de información para concientizar, educar y evaluar la efectividad de las acciones implementadas.

Debe tenerse en cuenta además que el equipo de salud no está ajeno a los hechos relacionados con la violencia y el trauma en general; son numerosos los hechos que demuestran en lo cotidiano que los efectores de salud son protagonistas en hechos violentos con consecuencias para su propia integridad; y

también intervienen evaluando y brindando tratamiento para dar respuesta a esos hechos. Ningún integrante del equipo de salud es ajeno hoy al impacto de la violencia en la sociedad; particularmente los médicos que en su práctica diaria se ven involucrados en hechos de maltrato, violación, abuso, abandono; y aún quienes por su especialidad evalúan y tratan las consecuencias psicológicas en los que sufren, por cada muerte existen muchas personas que sufrirán el impacto de lo ocurrido y necesitarán no solo contención y orientación sino también un tratamiento específico.

La impronta que un hecho violento deja en la mente de su protagonista se transmite en forma horizontal a muchas otras personas (familiares o no) y aún en forma vertical de padres a hijos. Respecto de esto se estudia en profundidad el papel que juegan los medios de comunicación masivos y las redes sociales cuando multiplican noticias e imágenes de hechos violentos o muertes por trauma; un cierto grado de violencia (no cuantificable, difícil de demostrar con certeza) se ejerce a distancia sobre un público que no siempre cuenta con las herramientas necesarias para discriminar los efectos que producen globalmente y para comprender cabalmente el significado de la muerte como resultado final.

Impacto familiar y social de la muerte por trauma a edades tempranas de la vida

La muerte en la población pediátrica resulta un hecho de difícil comprensión y aceptación social, muchos son los fundamentos que desde su enorme **valencia social** se oponen a esta realidad:

- *Tienen toda la vida por delante*
- *Los padres deben enterrar a sus hijos, lo contrario va contra las leyes de la naturaleza.*
- *Los niños soportan lo negativo mucho más que los adultos y los ancianos y además superan todo rápidamente.*
- *Son pequeños e inmaduros, no se dan cuenta de nada, no tienen conciencia de muerte.*
- *No conservan recuerdos que los hagan sufrir en su vida adulta.*

La relación directa entre la gran valencia social y la vulnerabilidad que presentan los niños hacen inaceptable su sufrimiento y su muerte para la sociedad; sin embargo la muerte a edades tempranas es una realidad innegable: el trauma es la principal causa de muerte; más que las enfermedades congénitas, más que el cáncer.

Las características de crecimiento y desarrollo en cada etapa otorgan a los niños un modo particular de afrontar lesiones por causas externas; la edad, el tamaño, la elasticidad y la flexibilidad osteo-artro-muscular, la proporción cráneo-facial, la facilidad para perder calor y el desarrollo de su esfera psíquica inciden de distintos modos frente al trauma; y resulta muy diferente al modo de los adultos. La **muerte** del niño traumatizado puede ocurrir en tres etapas diferentes:

- **Al inicio**, en los primeros minutos después del impacto; por lesiones graves del sistema nervioso central, grandes vasos y órganos nobles. La única manera posible de evitar estas muertes es a través de campañas eficaces de prevención y de un adecuado monitoreo.
- **En una etapa intermedia**, unos pocos días después de la etapa inicial, las consecuencias de lesiones graves provoca la muerte. La atención adecuada e inmediata desde el mismo lugar del impacto reduce la mortalidad.
- **En la etapa tardía**, hospitalaria, la muerte se produce por sepsis.

Cuando se trata de trauma el impacto también se observa en la sobrevivida, pocos se recuperan sin secuelas, la mayoría de ellos requiere mucho tiempo y esfuerzo y aun así quedan con secuelas físicas o psíquicas que modifican su calidad de vida y sus posibilidades de reinserción familiar, escolar y social.

Resulta particularmente importante la capacitación de quienes traten al niño traumatizado en los primeros 30 minutos posteriores al trauma; la visión de un niño gravemente herido o afectado puede determinar un amplio abanico de respuestas en quienes pretenden ayudarlo, desde la parálisis o el bloqueo hasta la agitación ineficaz. Justamente en la etapa en que acciones y maniobras adecuadas determinan una disminución no solo en la mortalidad sino en la posibilidad de secuelas definitivas. La capacitación se relaciona además con la educación en prevención; cuando se trata de niños se trata también de sus familiares, con ellos se debe trabajar activamente en las nociones de **prevención activa** (conocer riesgos y las formas de evitarlos) y de **prevención pasiva** (modificaciones en el ambiente y entorno del niño). Educar es concientizar, el alcance de estos esfuerzos tiene consecuencias positivas que exceden a la familia del niño, alcanzan a toda la comunidad, sobre todo cuando se habla de muertes evitables.

UNICEF prioriza al desarrollo infantil que abarca desde los 0 a 7 años por tratarse de una etapa fundamental en la evolución de su estructura psicológica y de las potencialidades que lo convertirán en un ser independiente y capaz. En esta etapa se hace evidente la relación que existe entre la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo con la presencia de adultos responsables y una red comunitaria que

asuma la responsabilidad de su cuidado y protección. El desarrollo integral del niño comprende cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales; el desarrollo emocional es particularmente importante cuando se trata de la muerte, un niño no es un adulto que no puede verbalizar lo que le pasa, entonces su **desarrollo emocional**, los **signos de alarma** que manifiesten alteraciones tempranas, los **signos de sufrimiento emocional** son conocimientos que no pueden ser ajenos para realizar intervenciones adecuadas ante situaciones límite.

El desarrollo emocional de un niño es un área de conocimientos vastísima y sobre la cual existen trabajos de investigación y bibliografía disponible, no es el propósito abarcar toda esa información sino mencionar aquellos aspectos que se verán comprometidos en el niño gravemente enfermo o en el niño sano que afronta la muerte de un familiar. Y es que el niño no puede desarrollarse en soledad, su vulnerabilidad le impide obtener por sí mismo lo que necesita y su aparato psíquico inmaduro requiere que otros aporten seguridad a su entorno. Con sus cuidadores desarrolla un **vínculo de apego** basado en lazos emocionales, el vínculo establece le brindará la **regulación afectiva** que necesita ya que en esa etapa está dominado por reacciones emocionales intensas; el contacto físico-emocional con el otro ser humano le aportará la calma y la seguridad y le permitirá ir aprendiendo a regular sus propias emociones, así irá internalizando sus experiencias de modo que construye su aparato psíquico en la continua interacción con los demás. Este vínculo temprano tiene impacto directo en su organización cerebral, aunque algunas áreas requieren estímulos específicos para su desarrollo (*períodos ventana*). La neuroplasticidad le permite aprender, olvidar, recordar, recuperarse de situaciones externas que lo dañen.

En los primeros meses de vida la comunicación se basa en mirar y tocar, la comunicación no verbal resulta muy importante ya que luego vendrá la capacidad de comunicarse a través del lenguaje y la capacidad de **empatía** (comprender estados emocionales de otro ser humano). Inicialmente los modos serán sincrónicos, pero más tarde el niño irá adquiriendo cierta autonomía; esta evolución conduce a una serie de desencuentros que forman parte de la normal evolución hacia la madurez. Es necesario resaltar que cuando se menciona a los padres la referencia es hacia **funciones** que pueden ser cumplidas o no por los padres biológicos, debe hacerse extensivo a la **función familia** que no siempre representa al núcleo familiar tradicional sino que a menudo incluye personas externas con un rol significativo en el proceso de desarrollo emocional del niño.

Esta particularidad de la constelación que rodea al niño debe ser tenida en cuenta cuando el niño afronta experiencias límite como la posibilidad de la propia muerte o la muerte de sus seres queridos, las consecuencias de las adversidades están influidas por los factores de riesgo y los factores protectores. Los **factores de**

riesgo son características del propio niño o del entorno que afectan su normal desarrollo, por ejemplo una enfermedad que conduzca a su hospitalización, o la enfermedad o la muerte de uno de sus padres; los **factores protectores** son recursos del propio niño o aspectos del entorno que le permiten atravesar las circunstancias adversas o facilitan el despliegue de sus propios recursos; es fundamental resaltar que *cuanto más pequeño es el niño, mayor serán el impacto y el riesgo puesto que los recursos con los que cuenta son insuficientes* entonces es su entorno el que debe protegerlo suficientemente; si los adultos que lo rodean y sostienen muestran ansiedad, agitación o desborde emocional multiplican exponencialmente los aspectos negativos del impacto.

El resultado final dependerá de tres elementos:

- La **severidad del acontecimiento**: intensidad, imprevisibilidad, violencia, duración, repetitividad.
- La **edad y los recursos** del niño.
- La **capacidad de los adultos** que lo rodean para ayudarlo a superar la circunstancia.

Frente a la adversidad o a la injuria externa el niño puede responder:

- Con la pérdida de logros evolutivos (regresiones)
- Interrumpiendo su desarrollo.
- Presentando dificultades para relacionarse.
- Con cambios e inestabilidad en el afecto.
- Presentando trastornos del sueño o miedo

Por lo tanto se debe evitar el cambio frecuente e imprevisible de los adultos que cuidan al niño, la falta de establecimiento de rutinas, el descuido en la higiene, la alimentación y el descanso y la violencia ejercida sobre el niño o en su entorno.

Si la muerte es un hecho que impacta y provoca sufrimiento y dolor a los adultos, cabe esperar que tenga las mismas consecuencias en los niños, los bebés pueden mostrar un **llanto continuo** que no responde ante el intento de consuelo de los adultos, incluso pueden mostrar **hipertonicidad** cuando alguien intenta abrazarlos o acunarlos alejándose del cuerpo del adulto, **rechazan alimento** o presentan **vómitos**; los más grandes expresan **agresividad** (tal vez de esa manera expresan un sentimiento de culpa o responsabilidad por lo ocurrido) o **desafío** o bien un **retraimiento físico y emocional** frente a la muerte de su familiar que puede ser erróneamente interpretado por el entorno como un afrontamiento “maduro” de la situación; en este caso la severidad del cuadro que presenta el niño pasa desapercibido para el entorno que puede estar experimentando su propio pesar frente a la muerte. Indudablemente será muy dificultoso para ese niño elaborar el

duelo, es probable que, aun cuando haya pasado mucho tiempo, persista llamando y buscando a la persona fallecida a la vez que rechace todo intento de consuelo o muestre una marcada indiferencia frente a todo lo que le recuerde a esa persona que lastime los sentimientos de los adultos que tratan de superar la pérdida.

Algunos niños pueden desarrollar frente a la muerte un **trastorno por estrés traumático**, entre sus manifestaciones se observa:

- Realiza juegos repetitivos o pesadillas que “reviven” la experiencia traumática.
- Menor capacidad para regular sus emociones y expresar su afecto.
- Alteraciones del sueño, despertar nocturno, terror.
- Menor interés en establecer relaciones sociales.
- Reacciones de sobresalto que no resultan pertinentes con el estímulo que recibe.

Cuando ha ocurrido en el mundo infantil algo tan definitivo como la muerte todo el entorno deberá estar atento a las consecuencias del impacto, observar cuidadosamente y escuchar toda vez que sea posible al niño, y en caso de descubrir signos de sufrimiento derivar a consulta especializada.

El trauma vulnera la confianza de las personas en sí mismas y en los demás; de modo violento y súbito perciben una absoluta indefensión, la pérdida de control sobre lo que los rodea y un enorme temor por la continuidad de la propia vida. Algunas personas quedan atrapadas en la inmensa profundidad de su dolor, en el recuerdo de lo vivido, con imposibilidad de superar lo negativo; otras son capaces de recuperarse de la reacción intensa frente al impacto adaptándose a la nueva situación, atendiendo adecuadamente a sus necesidades y las de las personas que las rodean. Existe una **vulnerabilidad psicológica** que refiere una extrema sensibilidad frente a la adversidad, con un equilibrio precario de las emociones; y una **vulnerabilidad innata o biológica** que refiere a un **umbral** determinado en que las emociones se disparan fuera de todo control; la vulnerabilidad (en general) profundiza y magnifica las consecuencias negativas del trauma a cualquier edad. En el por qué ciertas personas son menos resistentes al estrés del trauma se pueden identificar dos posibles explicaciones: por un lado la fragilidad emocional, escasa capacidad de adaptación, tendencia a dramatizar; por otro un entorno con pocos recursos para apoyar, sostener y contener.

La variación en las respuestas posibles al trauma es enorme, la muerte de un ser querido explica el primer golpe, el significado que tiene esa pérdida y el apoyo social recibido explicaría el segundo golpe; el cómo alguien puede recuperarse y

salir fortalecido solo se explica desde la complejidad de la muerte como hecho absoluto. Algunas personas presentan características que los diferencian del resto: emociones estables, reguladas y controladas, autoestima, criterios morales, estilo de vida equilibrado, vida social interacciones y actividades que enriquecen su mundo espiritual y afectivo y una actitud positiva frente a las circunstancias de la vida. La amplia variedad de recursos personales permite superar las dificultades y aún salir fortalecido, cuentan con la posibilidad de dar sentido a lo que les ha ocurrido y brindar a esa experiencia un lugar en su vida y en su proyecto de vida.

A la pérdida sigue un proceso de elaboración llamado **duelo** que se manifiesta a través de síntomas físicos y psicológicos cumpliendo etapas hasta la resolución final. Las reacciones frente a la muerte y el duelo varían en contenido y en intensidad, pero existe un suceso traumático que se funde con el duelo: la muerte de un hijo, aquí se altera el orden natural “que los hijos entierren a sus padres” para dar lugar a la **muerte invertida**: “que los padres entierren a sus hijos”.

Existe una diferencia notable entre el duelo por la muerte de un niño o de una persona muy joven y el duelo por la muerte de un anciano; en los dos primeros casos hay una confirmación brutal de la finitud de la vida y la certeza del escaso control que se tiene sobre la vida, la muerte de seres humanos a edades tempranas obliga a todos los integrantes de la sociedad a pensar en la propia muerte.

La pérdida de los hijos a edades muy tempranas, la pérdida del cónyuge a edad avanzada, las muertes trágicas o violentas, la necesidad de hacerse cargo rápidamente de una familia o de niños pequeños, no contar con apoyo y contención social, la inestabilidad emocional previa o los antecedentes de enfermedad psiquiátrica son factores que influyen poderosamente en la posibilidad de derrumbarse emocionalmente y sufrir un **duelo patológico**.

Se espera del equipo de salud que pueda descubrir precozmente a aquellas personas que necesitarán un tratamiento psicológico específico, necesidad que se torna imperiosa si ha muerto un niño y en la familia que sobrevive hay otros de corta edad, los padres pueden estar tan desesperanzados que pongan en riesgo a los hijos que les quedan; la red de contención social, los familiares y amigos, los líderes religiosos y las personas vinculadas al mundo espiritual cumplirán un importante rol en la superación del trauma.

La evolución en la elaboración del duelo puede mostrar **indicadores positivos** (cumplir con el tratamiento indicado, recuperar el sueño y el apetito, recuperar la rutina laboral, poder ayudar a otros, ocuparse debidamente de los hijos) o **indicadores negativos** en el caso de **estrategias de afrontamiento** relacionadas

con excesos (beber mucho alcohol, comer demasiado, dormir demasiado, automedicarse, trabajar sin descanso). Particularmente ante la muerte de hijos a edades tempranas puede observarse un indicador negativo en la misma **negación de la muerte**; si bien constituye una etapa del duelo, cuando se prolonga y trastorna la vida diaria y la relación con los demás debe instituirse tratamiento y monitoreo de la evolución del cuadro. Cuando esa negación es tan fuerte los familiares que sobreviven pueden relatar que “ven” o “escuchan” al fallecido, ponen su lugar en la mesa e impiden que otras personas ocupen ese sitio, la memoria persiste anclada al recuerdo realimentando el dolor, oliendo sus ropas o tocando fotografías y juguetes. A menudo manifiestan rabia o culpa pero, en realidad, tienen severas dificultades para tratar el tema con otras personas y para expresar su dolor.

Muchas variables deben considerarse en el significado del trauma y de la muerte en las personas: la intensidad y la duración de la injuria, la manera de percibir y afrontar el daño, la imprevisibilidad y la violencia del hecho, las pérdidas y secuelas que produce, la vulnerabilidad y los antecedentes de la víctima, el apoyo familiar y social y los recursos psicológicos de afrontamiento. Particularmente son las estrategias de afrontamiento positivas o negativas las que darán como resultado la evolución del cuadro, entre las **estrategias de afrontamiento positivas** encontramos:

- Aceptación del hecho
- Resignación
- Capacidad para compartir el dolor y la pena
- Logro de nuevo equilibrio y organización de la vida cotidiana
- Búsqueda de apoyo en el entorno familiar y social
- Participación en grupos de autoayuda
- Creación de nuevos proyectos y metas de vida

Entre las **estrategias de afrontamiento negativas**:

- Sentimiento de culpa y/o responsabilidad por lo sucedido
- Sentimientos de ira y/o venganza
- Aislamiento social
- Fijación en los recuerdos
- Planteo constante de preguntas sin respuestas
- Consumo de alcohol y drogas
- Tendencia a la automedicación
- Agresividad social al punto de las implicancias judiciales

Todas las personas han experimentado la muerte de un ser querido, todas verbalizan en algún momento de su vida el sufrimiento y el dolor por el que pasaron; muchas personas se preguntan en qué momento se produjo la recuperación, cuándo lograron integrar esa experiencia en su biografía de manera de poder recordar sin que el dolor sobrepase su capacidad de control de las propias emociones, en qué momento comenzaron a tener nuevos proyectos.

No se trata de olvidar, los padres nunca superan la muerte de un hijo; en todo caso dan un nuevo significado a sus vidas en las que el hijo perdido se recuerda con amor y con nostalgia pero con serenidad.

La muerte no esperable e inesperada

Siendo la muerte un hecho ligado a la vida es esperable que todas las personas, en algún momento de su vida, piensen en su propia muerte. Es entonces cuando surgen todas las formas en que puede presentarse: *muerte natural, muerte violenta, muerte esperada, muerte trágica, muerte triunfal, muerte digna, muerte repentina, muerte inesperada*. Pero, ¿existen todas esas categorías?

La muerte es un **hecho biológico**, apreciado como fenómeno vital, investigado y estudiado; pero, más allá de sus implicancias biológicas resulta un **concepto construido social y culturalmente**. Los seres humanos no solo piensan en la muerte sino que además la representan e imaginan el más allá en un esfuerzo por comprender ese acto final y darle sentido; los **rituales funerarios** de cada pueblo permiten a los historiadores conocer acerca de su vida, sus costumbres, su economía, su cultura. Por ejemplo, enterrar a un muerto es un acto intencional, hacerlo de un modo determinado y con determinados elementos o en sitios determinados informa acerca de los valores y creencias que han regido la vida, y también del lugar que el que falleció ocupaba en esa comunidad.

En la prehistoria, los Neandertales (Paleolítico Medio) realizaban sepulturas individuales o familiares con ajuares compuestos por adornos y herramientas; en el Neolítico los seres humanos comienzan a utilizar las cuevas a modo de necrópolis, los restos y el entorno remiten a complejos rituales que en muchos casos sugerían que la muerte se producía en la misma escena. Recién en el 2000 a.C. aparece la inhumación, el cadáver se entierra en posición fetal y en el subsuelo de la propia vivienda. Es conocido el ritual de preparación de los cadáveres en Egipto, y las manifestaciones de duelo en otras culturas que incluía para los deudos infligirse heridas. Es decir que las formas de morir marcan una verdadera **construcción social** con **reacciones individuales y sociales** frente al hecho que caracterizan una forma de vivir y concebir la vida. En la Edad Media la

muerte está regulada por un ritual, no es una muerte repentina sino una “*muerte normal*” que **anuncia su presencia** con signos que el moribundo puede comunicar a los que lo rodean; esos **signos naturales** (ahogos, desvanecimientos, debilidad) y las **premoniciones sobrenaturales** (oír golpes en la puerta: la muerte que llama; ver espectros aunque fuera en sueños) marcaron en esos tiempos lo indefinido de los límites entre lo natural y lo sobrenatural. Lo cierto es que quienes iban a morir *lo sabían* y así *lo comunicaban a sus seres próximos*. La creencia que la muerte avisa ha sobrevivido mezclada con la superstición y las creencias populares; pero era en definitiva una **muerte domesticada, esperada** y aceptada de tal manera que se convivía con la muerte. En ese mundo, la **muerte repentina**, la muerte que no avisa era considerada como monstruosa y cruel, infamante y vergonzosa. Le roba toda la sencillez con que estaba investida, la convierte en algo clandestino y que debía ocultarse a los demás; la **muerte esperada** constituye un acto solemne, el protagonista (el moribundo) yace en la cama (es en la cama donde se nace y donde se muere) y a su alrededor se congrega no solo su familia (incluyendo a los niños), sino también sus conocidos, vecinos, y aún los desconocidos que ingresaban sabiendo el drama que se desarrollaba (**muerte pública**). Y es que morir se era un hecho público, nadie moría en soledad; la muerte en sí no era ajena a la vida ni extraña a las personas; recién a fines del siglo XVIII la escena de la muerte muestra otros actores principales: el sacerdote y el médico; ambos restringían el ingreso y la permanencia de personas en la habitación del moribundo, el médico por razones de higiene y el sacerdote para permitir que el moribundo se entregase a un íntimo diálogo con su creador. No tuvieron mucho éxito ni uno ni otro, la impronta de la muerte como algo real, cotidiano y comunitario hacía que las personas que se encontraban en la calle siguieran al sacerdote que iba a administrar los últimos sacramentos a un desconocido.

El moribundo aceptaba a la muerte con resignación, con humildad; quienes lo observaban entendían que lo mismo (más tarde o más temprano) les iba a ocurrir también; era esperable la despedida y el lamento por lo que, al partir, se dejaba atrás. Una vez ocurrida la muerte todos los presentes demostraban con llantos, gritos y desesperación el dolor que los embargaba; finalmente se realizaba el **cortejo** que mostraba la opulencia o la pobreza del fallecido y la **inhumación** era un acto breve. Solemne y solitario. A partir del siglo XII aparece la **muerte individual** con la representación del juicio final, un tribunal en el último día del universo emitiría juicio respecto de las buenas y malas acciones acontecidas en vida. Este cambio dio origen en los siglos XV y XVI a manuales o tratados sobre las maneras del buen morir, otra evidencia que muestra a la **muerte esperada**.

A través de los siglos también evolucionó todo lo que ocurría alrededor del fallecido, pero siempre con la certeza que demostrar el dolor era no solo normal, sino también sano y beneficioso. De hecho, en la Edad Media los poderosos caballeros se desvanecían ante la vista de los cadáveres de sus seres queridos; pero entre los siglos XIII y XVIII se ritualiza el duelo en dos vertientes muy llamativas, por una parte exigía que las manifestaciones del dolor tuvieran un límite de tiempo y por otra obligaba a los deudos a mantener vida social recibiendo en su casa las visitas de pésame. Es a partir del siglo XIX que el dolor comienza a ser ocultado o disimulado; en las sociedades dominadas por los adelantos tecnológicos no solo no se piensa en la muerte sino que además no se habla de ella, aparece entonces el concepto de “**muerte excluida**”; en esta nueva relación entre la vida y la muerte, los muertos son rechazados, la muerte es negada y se modifican los rituales funerarios y el duelo. No existe en esta sociedad un solo aspecto público acerca de la muerte, raramente se ven vestimentas que informen públicamente la muerte de un familiar, el duelo representa una entidad patológica que siempre requiere tratamiento médico y psicológico; no hay rasgos familiares con el dolor que significa la muerte de un ser querido, nada que elaborar, ninguna búsqueda de sentido, sino una necesidad intensa e insalvable de borrar la muerte y todo lo que ella representa.

De todas maneras, *¿existe un modo de prepararse para la propia muerte o para la muerte de un ser querido?* En ciertas culturas la muerte se espera en un momento determinado de la vida y por ciertos acontecimientos que la anuncian (edad avanzada con debilidad extrema, algunas enfermedades); las personas más simples, las menos preparadas, las más prácticas eran señaladas en la extensa literatura acerca del tema como las que aceptaban y esperaban la muerte con resignación. Tal vez porque a lo largo de su vida habían estado en contacto con la muerte, entonces ésta no les era desconocida. Actualmente abundan en internet numerosos cursos que se brindan a quien se enfrenta a la posibilidad de la muerte y a sus familiares; la percepción general es que la muerte después de una larga enfermedad tiene otro impacto comparado con la muerte por un hecho violento, que la muerte a edades tempranas es inaceptable y a edades avanzadas tiene más lógica, y finalmente, que hoy en día resulta inaceptable que alguien muera.

La muerte en catástrofes y desastres. El duelo individual y colectivo.

Los **eventos disruptivos** son siempre considerados de acuerdo con las variables que los modifican (edad, antecedentes, equilibrio emocional, recursos); una situación de catástrofe o desastre implica una **perturbación psicosocial** que lleva al límite las posibilidades de afrontamiento de la población afectada. Al colapso de todas las estructuras y la modificación brutal de todo el ambiente se suma la alteración del tejido social y de la calidad de vida de las personas.

Para evaluar el impacto se toman en cuenta los siguientes factores:

- **Las características del evento:** si bien las catástrofes naturales provocan un gran caos y desorganización, con pérdida de vidas por las desapariciones y las muertes, el impacto es mayor cuando se trata de un evento adverso de origen humano. Los actos terroristas o los conflictos bélicos potencian el miedo y la ansiedad al agregarse sentimientos de odio y deseos de venganza; la existencia e individualización clara de culpables torna más compleja a la reacción emocional y a la elaboración del duelo. Las personas que sufren *situaciones traumáticas prolongadas* están en constante contacto con experiencias de muerte de un modo directo, agotan rápidamente sus reservas emocionales y entran en una fase de desesperanza en la que el único final posible es *la propia muerte*. En situaciones críticas que afectan a un individuo es esperable que el entorno familiar y social colaboren para que supere la circunstancia adversa; pero cuando el colectivo humano resulta afectado el impacto es mayor y no existe posibilidad de reparación uniendo fuerzas con los demás, todos están inmersos en la vulnerabilidad y la desesperación, en completa incapacidad de organizar sus recursos.
- **Las características de las personas afectadas:** los niños por su incapacidad para comprender lo que ha ocurrido, los adolescentes que no cuentan aún con suficientes estrategias de afrontamiento, los ancianos porque a menudo están debilitados por la enfermedad o por su condición mental, las mujeres porque se hacen cargo de los más indefensos.
- **Las características del entorno:** no hay dudas que los desastres no matan al azar, siempre el impacto será mayor en los más desvalidos. Sin embargo, algunos desastres provocan un número tal de muertes que cualquier plan de contingencia no resulta suficiente para dar respuesta. Más aún, la ayuda humanitaria precaria, desorganizada o tardía puede dar origen a conflictos sociales que agraven el panorama, ya de por sí devastador.

La elaboración del duelo tiene especial importancia en caso de desastres; concebido el **duelo** como un **proceso** natural de cambios emocionales para lograr la recuperación de un nuevo equilibrio luego de la pérdida; en los desastres las pérdidas son de tal magnitud que exceden la esfera de lo material y de lo individual. Las manifestaciones esperables como el dolor, la ansiedad, la tristeza se potencian y no encuentran consuelo ni posibilidad de aceptación en el futuro, sencillamente porque el futuro no se ve como algo posible.

Por otra parte, cada individuo en particular requiere una **evaluación** para determinar posibles **situaciones de riesgo**; es decir, en medio de la desorganización y el caos lograr que el o los sobrevivientes:

- Reciban apoyo y contención emocional
- Puedan superar la negación y afrontar la realidad de la pérdida
- Acepten las pérdidas que han sufrido y puedan continuar su vida
- Reconozcan a sus familiares entre los cadáveres y los identifiquen
- Realicen sus ritos funerarios y participen en los rituales comunitarios
- Identifiquen la sepultura del modo que deseen hacerlo.

Sin lugar a dudas, esta posibilidad requiere una **entrevista individual** lo cual significa:

- La posibilidad de brindar un ambiente seguro, tranquilo, adecuado para la entrevista
- Evitar las interrupciones
- Respetar los silencios, no forzar las respuestas
- Evitar el análisis de su presentación personal y su actitud, o al menos, adaptarlo a la situación precaria en la que se encuentre (falta de aseo, ropas que no sean de su talla o no correspondan a la estación del año o al clima, falta de calzado)
- Recordar que no siempre será posible hacer entrevistas familiares.

La finalidad de las entrevistas será identificar el **riesgo psicosocial** de la persona afectada, esto implica tener en cuenta sus circunstancias, sus antecedentes, su comportamiento. Es de esperar que una evolución normal en la elaboración del duelo no supere los doce meses, sin embargo este no es un plazo estricto. Una de las limitaciones que dificulta la pesquisa de alteraciones es el desconocimiento de las estrategias empleadas por el sujeto previo al desastre, la familia puede no colaborar indicando como lo percibían y como era su conducta, su entorno social estará más preocupado por su supervivencia que por brindar ayuda a un tercero.

Sin embargo cierta información es fundamental:

- Si en el momento del evento adverso se encontraba transitando un duelo
- Si estaba en tratamiento por enfermedad psiquiátrica
- Si estaba en tratamiento por una enfermedad crónica
- Si tenía problemas de conducta o escasa interacción social
- Si consumía alcohol y/o sustancias psicoactivas

Un dato particularmente sensible lo constituyen sus **creencias religiosas** o su **actividad espiritual**. Se considera que aquellas personas con hábito de religiosidad, que comparten creencias y valores con un grupo de personas y tienen cercanía con un líder religioso cuentan con un **factor de protección** adicional frente a la adversidad; el solo hecho de compartir su pena y su dolor con otros y sumirse en la práctica religiosa los consuela y les da fuerzas para sobreponerse. Lo contrario contribuye a la indefensión y potencia la desesperanza; frente a la muerte y a las experiencias límite son muchos los trastornos que se ponen de manifiesto:

- **Trastornos de ansiedad:** sensación constante de miedo y preocupación excesiva, irritabilidad e impaciencia, alteración del sueño, sobresaltos. La presencia de síntomas físicos los lleva a consultar en la guardia médica: palpitaciones, diarrea, respiración agitada, temblor generalizado, sudoración profusa y fría. Es fundamental brindarle apoyo afectivo, buscar un espacio de reflexión para identificar las posibles causas de su ansiedad, enseñarle técnicas de relajación. No es recomendable en situaciones de desastre administrar benzodicepinas.
- **Ataques de pánico:** son más frecuentes en los atentados terroristas de gran magnitud. Caracteriza a este cuadro un temor intenso, sin motivo identificable, de aparición repentina y de corta duración. La consulta médica es frecuente porque va acompañado de taquicardia, sudoración profusa, ahogo o falta de aire, sensación de pérdida de control o de muerte inminente. Este trastorno requiere tratamiento médico ya que si persiste sin control llega a ser invalidante. Es probable que el afectado esté agitado y muy inquieto, debe permitírsele la movilización y el desplazamiento dentro del espacio acordado como sitio seguro.
- **Depresión:** el abatimiento y la tristeza son reacciones normales frente a la pérdida de un ser querido, pero deben ir atenuándose con el paso del tiempo; si por el contrario se acentúan e interfieren con la vida cotidiana el afectado debe ser evaluado y tratado a la mayor brevedad posible. Algunas

pautas conducen al diagnóstico de depresión: melancolía y tendencia al llanto con gran labilidad emocional, disminución franca de la actividad motora, pérdida o aumento del apetito con la consecuente variabilidad del peso corporal, alteración del sueño, sentimientos marcados de culpa, pérdida de la autoestima, dificultades para concentrarse, poca energía para enfrentar trabajos o tareas cotidianas, deseos de morir o la presencia de conductas de riesgo. La presencia constante de los familiares y amigos forma parte del tratamiento que decida el profesional que esté a cargo.

Es frecuente que las personas que han sufrido experiencias límite con riesgo de su propia vida o que han visto morir a otros, a veces de modo muy violento, sientan que el único camino que les queda es esperar su propia muerte, que la vida ya no tiene sentido, que no tienen control sobre su propia vida. El **riesgo de suicidio** debe ser evaluado, y aumenta si la depresión es grave, si hubo intentos previos de suicidio, si hay antecedentes de consumo de alcohol o de otras drogas, si está solo, si ha perdido seres queridos recientemente. Esto es fundamental sobre todo en adolescentes que han perdido a su familia y en ancianos que han perdido a su cónyuge; la pregunta directa acerca de **sentimientos relacionados con la muerte**, o de **pensamientos de suicidio** debe formularse, es importante que la persona afectada hable y diga que ha pensado respecto de su muerte.

Desde luego debe ser escuchado cuidadosamente, con respeto, buscar el modo que reflexione y analice las razones que tiene para seguir viviendo; en este sentido la constelación de afectos (familiares o no) funciona como un ancla poderosa para aferrarlo a la vida. Aun así, debe asegurarse un monitoreo permanente con disminución de riesgos y el tratamiento adecuado.

La muerte resulta un hecho trascendental para todos los grupos sociales, el tratamiento que se le da al cadáver favorece el proceso de duelo, el **funeral** resulta esencial porque otorga el **aspecto público a la muerte**. La publicidad de la muerte permite que **la experiencia del duelo sea compartida con la sociedad** y **se refuerzan los lazos sociales**; además se reaviva la esperanza y **se potencia la idea de supervivencia colectiva frente a la muerte**. El funeral además permite a los deudos la expresión pública y plena de su dolor, la despedida del cuerpo de su ser querido facilita la elaboración del duelo.

Como ceremonia, el funeral corresponde a los “*ritos de pasaje*”, una transición en la vida de un ser humano, se describen tres etapas:

- *Separación*: remoción ritual de un individuo de la sociedad
- *Transición*: aislamiento del individuo, pérdida temporal del rol social
- *Reincorporación*: es recibido nuevamente en sociedad con un nuevo *status*

Cuando resulta imposible realizar un funeral se interrumpe el rito de pasaje, se altera la asunción de nuevos roles y la reestructuración del tejido social; es decir, el valor del rito consiste en *redistribuir los roles del difunto entre los sobrevivientes*, un ajuste de funciones en la sociedad que aseguran la supervivencia y la continuidad de la vida en comunidad.

Las muertes que se producen como consecuencia de un desastre representan un número tal que no permite a la población afectada mantener sus rituales ya que estos demandan un tiempo propio y característico para cada cultura; pero impacta a los individuos también porque a menudo la urgencia impone un tratamiento masivo de cadáveres que se aparta de las costumbres y de las necesidades de las familias. Más grave es la alteración cuando se trata de desaparecidos ya que no hay un cuerpo que permita el inicio de la aceptación de la pérdida condenando a los que sobreviven a la posibilidad de un **duelo patológico** y a una “**segunda muerte**”.

Cada comunidad debe tener planes de contingencia frente a situaciones adversas con múltiples víctimas, en esas planificaciones el **manejo de cadáveres** es un capítulo de fundamental importancia; no considerarlo es generar otro desastre sobre el que ya ha ocurrido y cuyas consecuencias negativas se observarán durante muchas generaciones posteriores al hecho. Cada fallecido tiene derecho a preservar su identidad y cada familia tiene derecho a realizar todos los rituales de separación acompañados de otros integrantes de la comunidad; la posibilidad de identificarlos fehacientemente tiene además alcances legales (sucesiones, herencias, transmisión de apellido y reconocimiento de filiación) que le otorgan al fallecido el reconocimiento del rol social que cumplía; la presencia de una **sepultura identificada** lo inscribe como parte de una familia y de una sociedad.

Cuando todo esto no puede cumplirse se genera un impacto negativo en todas las esferas imaginables de un individuo y de un grupo social: emocional, económico, jurídico, histórico-social-cultural; la desaparición, el no poder contar con la presencia del cadáver, condena a fantasías que llevan de la esperanza perpetua de retorno del familiar a la desesperanza por no poder cerrar el duelo con la reincorporación a la vida cotidiana y a la asunción del nuevo rol en la comunidad. Cuando no puede cumplirse con el **duelo individual y colectivo**, el dolor y sus expresiones se ven forzados a buscar un camino alternativo de resolución con consecuencias difíciles de prever; muchas veces lo hacen a través de explosiones de violencia que se repiten a lo largo de la historia colectiva, o a través de cuestionamientos y reclamos que hacen dificultosa la etapa de recuperación.

Entonces, las circunstancias que hacen más complejo el duelo individual y colectivo en situaciones de desastre son:

- **Las desapariciones:** ocurren en gran número en las catástrofes de origen natural tales como deslizamientos, erupciones volcánicas, inundaciones; muchas veces la urgencia de asistir a los sobrevivientes difiere las búsquedas o se asignan tardíamente recursos materiales y humanos para ese fin. Esta circunstancia agrega dolor, sufrimiento y una profunda sensación de injusticia que dificulta al individuo y a la comunidad asignar un sentido y un significado a esas muertes.
- **Imposibilidad de reconocer los cadáveres:** los grandes atentados terroristas, los incendios modifican los cuerpos de tal manera que se dificulta la identificación por parte de los familiares. Existe la creencia que todos los cuerpos de fallecidos en situaciones de desastre deben pasar por una autopsia; esto es impracticable por falta de recurso humano abocado a esa tarea y la escasez de recursos materiales que permitan la conservación de miles de cuerpos, la autopsia en estos casos se reserva para algunos fallecidos por su rol o función dentro de la comunidad (gobernantes, líderes comunitarios o religiosos). Si bien existen muchas técnicas para lograr la identificación de restos es real que tales medios requieren lugar y tiempo para realizarse. Los actuales planes de intervenciones en desastres consideran que debe determinarse un lugar apropiado y digno para la identificación de los cadáveres por parte de los familiares, y personas de distinta extracción (profesionales del ámbito de la salud mental, trabajadores sociales, representantes de distintas religiones, docentes) que organicen los trabajos de reconocimiento y acompañen a los sobrevivientes. Es fundamental la capacitación de quienes localicen y trasladen a los cadáveres hasta el sitio de reconocimiento, si pueden conservar adecuadamente las ropas y objetos cercanos al cuerpo, las joyas y adornos facilitarán la identificación. En la etapa de recuperación todos los cadáveres deberán ser identificados recurriendo a todas las técnicas que se disponen en la actualidad, por esa razón muchos países exigen en sus planes para desastres la consideración previa de recursos para el traslado y la conservación de los cuerpos (cámaras frigoríficas, camiones refrigerados)
- **Fosas comunes:** uno de los mitos más arraigados en los desastres es que los cadáveres contaminan, esa creencia falsa y sin fundamento llevó a que se disponga rápidamente de los cuerpos sin consideración alguna por el impacto psicosocial que representaba para la población afectada. Son

muchos los argumentos que se han brindado a lo largo de la historia de los desastres para justificar enterramientos masivos, entre ellos que la visión de numerosos cuerpos en distintos grados de putrefacción abatía de tal modo a la población que provocaba más mortandad, o que la presencia de cadáveres era fuente de contaminación del agua y del suelo con posible proliferación de bacterias. Las fosas comunes privan de singularidad al hecho más trascendental de la vida humana y privan del derecho de sus familiares a realizar los rituales que les permitan sobrevivir como individuos y como comunidad.

Cuando el proceso de duelo individual y comunitario se altera se producen **consecuencias negativas**: trastornos psiquiátricos que requieren tratamiento y control en los individuos, cuestionamientos y sentimientos de rabia en las comunidades; todas estas alteraciones dificultan la elaboración del duelo y la evolución hacia un nuevo equilibrio, la reorganización de la sociedad con lazos comunitarios más fuertes, con sentido de pertenencia y supervivencia frente a la muerte.

La **notificación de la muerte** o de la desaparición constituye una instancia crítica en todo este proceso; una serie de pautas deben cumplirse:

- Previo a la notificación debe reunirse toda la información posible sobre el fallecido y las circunstancias de la muerte.
- Debe obtenerse toda la información posible de las personas a las cuales se informará del fallecimiento o desaparición.
- Realizar la notificación individualmente, evitar la masificación de un informe grupal que resta singularidad al acto y lo convierte en una noticia común y corriente.
- Asegurarse que la persona que recibirá la noticia tenga compañía de su propia familia o de sus allegados y amigos.
- No debe realizar la notificación una sola persona, deben ser dos como mínimo.
- Debe realizarse de modo personal, al mismo nivel (ambos sentados o de pie) y al costado de quien recibirá la información (nunca de frente, posición que podría percibirse como agresiva o invasiva).
- Manejar la situación con reglas de cortesía y respeto, con un tono adecuado de la voz (ni muy baja que sea inaudible, ni muy alta que pueda percibirse como ruda o agresiva).
- Le escena de la notificación debe ser asegurada para minimizar riesgos (quitar objetos que pudieran provocar heridas como objetos de vidrio, metal, cerrar ventanas, proteger escaleras).

- Si entre los que recibirán la notificación hay personas de edad avanzada o enfermos proveer personal capacitado para asistirlos si se descompensan.
- Utilizar un lenguaje sencillo y directo, el mensaje debe ser claro para que no se generen dudas o falsas expectativas.
- Estar preparados para responder todas las preguntas y disipar todas las dudas.
- Estar dispuestos para brindar ayuda si hay que notificar a otros familiares.
- Atender todas las solicitudes que los familiares hagan respecto del fallecido (presencia de sacerdote, oraciones, tratamiento del cuerpo).

El **reconocimiento de los cadáveres** para su identificación constituye una instancia traumática para la mayoría de las personas; sin embargo es un procedimiento requerido y solicitado por los sobrevivientes. En esas circunstancias es posible observar desesperación, dolor, rabia, disconformidad por el modo en que se encuentre el cuerpo, enojo por el tratamiento que se da al cadáver (si está en el suelo, o en una bolsa, al aire libre o dentro de una habitación muy grande o muy pequeña). Se debe permitir a todos los familiares que vean todos los cuerpos, harán todo el esfuerzo posible por reconocer a sus seres queridos; si se les impide esta diligencia pueden reaccionar con violencia. Algunas premisas al respecto:

- Proveer un lugar digno y confortable para la identificación.
- Colocar los cuerpos ordenadamente y de la manera más digna posible.
- Se recomienda agruparlos por sexo y edad a fin de evitar un doloroso peregrinar sobre todo cuando se trata de miles de fallecidos.
- Contar con personas que acompañen a los familiares durante todo el proceso, el recurso humano que brinde contención emocional debe estar adecuadamente capacitado para esa contingencia.
- La decisión de ver al cadáver debe ser tomada por los familiares, forzar a alguien a realizar esa acción puede generar un impacto traumático difícil de resolver.
- Dar oportunidad de privacidad y respeto para que puedan despedirse del modo que deseen, incluso si lo desean tocando o abrazando el cuerpo.
- Respetar las reacciones de los familiares, el repertorio de posibles reacciones es extenso y por muy diverso que sea constituyen reacciones normales frente a una circunstancia anormal.
- Cuando se trata de cuerpos muy modificados (mutilados o quemados) es conveniente explicar previamente como los verán, resulta útil emplear fotografías; a pesar de ello, los familiares solicitarán ver el cuerpo.
- Es conveniente que las personas se desplacen siempre acompañadas y en sentido de una noria de evacuación evitando que se crucen personas que

ya han estado en contacto con el cuerpo de su ser querido con otras que aún están en la búsqueda.

- Debe tenerse en cuenta la necesidad de tener un espacio cómodo y con privacidad suficiente para confortar a quienes ya han identificado a sus seres queridos, es muy probable que deseen quedarse un rato allí, la presencia de personas ligadas a la religión y lo espiritual puede ser de gran ayuda.
- Evitar la medicalización de la muerte, debe preverse la necesidad de contar con asistencia médica si es necesaria, pero los sobrevivientes no son enfermos.
- Facilitar la expresión del dolor y de la tristeza, la evocación de la biografía del fallecido resaltando los aspectos positivos de su vida.
- Permitir que los deudos puedan expresar sus preocupaciones acerca de lo ocurrido, de la muerte y del futuro.
- Brindar orientación respecto de cuestiones prácticas a resolver en lo inmediato (documentación a reunir, diligencias legales, cuidado de los más pequeños o de los más ancianos de la familia).
- Verificar que las necesidades básicas de los deudos están cubiertas, en caso contrario contactar con los equipos de ayuda al respecto.
- Verificar que la entrega del cuerpo y el cumplimiento de los rituales se establezcan y se cumplan en plazos razonables de tiempo; las demoras en ese sentido solo agregan dolor y sufrimiento a los familiares.

Bibliografía

- 1- ARIES, PHILIPPE; "El hombre ante la muerte". Traducción de Mauro Armiño. Ediciones Taurus. Madrid. 1983
- 2- ROBERTSON, L.S; "Injuries. Causes, control strategies and public policy". Lexington books. 1983
- 3- SAMCT; "Trauma. Prioridades" Editorial panamericana. Buenos Aires. Argentina. 2002
- 4- SPINELLI, HUGO; "Muertes violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Una mirada desde el sector salud". OPS. 2005.
- 5- IÑÓN, ALBERTO E; "Trauma en pediatría". Revista de Cirugía Infantil. Buenos Aires. Argentina. 1994
- 6- IÑÓN, ALBERTO E y col; "Trauma en Pediatría". Estrés, Trauma y Desastres. Capítulo 13. Editorial AKADIA. Argentina. 2007
- 7- ARMUS, M; DUHALDE, C; OLIVER, M; WOSCOBOINIK, N; "Desarrollo emocional. Claves para la primera infancia". UNICEF. Fundación KALEIDOS. Argentina. 2012
- 8- ECHEBURÚA, E; DE CORRAL, P; AMOR, P; "La resistencia humana ante los traumas y el duelo". Archivo pdf. Trabajo publicado en Psicologiacatastrofesuned.blogspot.com 2014.
- 9- ANDRÉS RUPEREZ, M. T; "El concepto de la muerte y el ritual funerario en la prehistoria". Cuadernos de Arqueología de la Universidad de Navarra. N° 11, p 13-36. 2003
- 10- OPS; "Guía práctica de salud mental en situaciones de desastres". Washington D.C. 2006
- 11- OPS; "Manejo de cadáveres en situaciones de desastres" . Washington D.C. 2004.
- 12- BACCI, P; "La muerte y el duelo en la hipermodernidad". www.querencia.psico.edu.uy/revista_Nº13