

Cuadernos de **CRISIS**

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

Entre crisis, traumas y "burnout"

*Guillermo Morales Homar, Luis M. Gallego Sáez
y David Rotger Llinàs*

Manejo Psicológico de Conducta Ansiosa y Suicida
en Afectados por un Accidente de Tráfico

Patricia Acinas

Resiliencia, herramienta para el desarrollo humano

Leal, L. Leal, I. y Padilla, D.

Reseña del libro "Asistencia psicológica a víctimas:
psicología para bomberos
y profesionales de las emergencias"

Natxu Brunet

CUADERNOS DE CRISIS

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

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

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

Suscríbase gratuitamente en la siguiente dirección:

suscripciones@cuadernosdecrisis.com

CUBIERTA

Colaboración entre individuos. Arte Makonde

Fotografía de archivo

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

DIRECCIÓN

Ferran Lorente i Gironella.

felogi@telefonica.net

Psicólogo consultor de emergencias.

Natxu Brunet i Bragulat.

natxu.b@gmail.com

Psicólogo consultor de emergencias.

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

Generalitat de Catalunya.

Direcció General de Policia.

CONSEJO DE REDACCIÓN

Dr. Luis de Nicolás y Martínez.

Doctor en Psicología

Catedrático de la Universidad de Deusto.

Jordi Vilamitjana i Pujol

Filólogo, periodista y escritor especializado en emergencias

Diari de Girona.

Agusti Ruiz i Caballero

Médico de emergencias. Especializado en medicina hiperbárica.

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

Josep Garre i Olmo

Psicólogo y epidemiólogo

Hospital de Sta. Caterina. Girona

Fernando A. Muñoz Prieto

Psicólogo

Director de IPSE-Intervención Psicológica Especializada

CONTACTO

direccion@cuadernosdecrisis.com

SUMARIO

Editorial

Entre crisis, traumas y "burnout"

Guillermo Morales Homar, Luis M. Gallego Sáez y David Rotger Llinàs

Manejo Psicológico de Conducta Ansiosa y Suicida en Afectados por un Accidente de Tráfico

Patricia Acinas

Resiliencia, herramienta para el desarrollo humano

Leal, L. Leal, I. y Padilla, D.

Reseña del libro “Asistencia psicologica a víctimas: psicología para bomberos y profesionales de las emergencias”

Natxu Brunet

EDITORIAL

Siempre es una satisfacción elaborar la editorial de Cuadernos, pero la presente tiene un sentido especial por varios motivos, el primero la calidad y oportunidad de los tres trabajos que presentamos, tanto por los temas elegidos como por el contenido desarrollado por sus autores, de altísimo interés para nuestro colectivo.

Otro motivo de satisfacción es la declaración efectuada por la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA) en su Asamblea General celebrada en Praga el pasado año (COP 2008), recomienda que: “cada asociación miembro garantice que cada psicólogo cuenta con un conocimiento básico sobre psicología de los desastres, emergencias y trauma”, con ese fin propone que las universidades incluyan en el título de grado, como una asignatura más la “psicología de los desastres”.

Es esta una necesidad acuciante, la difusión y la formación efectuada en los colectivos laborales emergencistas (sanitarios, bomberos y policía) hace que estos profesionales sepan mejor como dar asistencia psicológica a una víctima que los propios psicólogos no formados en emergencias.

En su momento ya reivindicamos esta necesidad y efectuamos propuestas concretas (Lorente, Font y Villar 2005) a ellas nos remitimos.

Podríamos discutir la oportunidad del nombre que no nos parece realista, dado que un psicólogo no especializado difícilmente topará con más de una o dos “catástrofes” a lo largo de su vida profesional, en cambio si que puede intervenir con cierta frecuencia ante “incidentes críticos” (accidentes, violencia, fallecimientos repentinos...). Pero el nombre no debería condicionar los contenidos, que en su planteamiento parecen satisfactorios.

Un tercer motivo se une a los dos anteriores, la reseña que sobre mi libro “Manual de asistencia psicológica a víctimas. Psicología para bomberos y profesionales de las emergencias” ha escrito N. Brunet. A ambos nos unen largos años de experiencias y conclusiones comunes, esto unido a la amistad explica su benevolencia.

Ferran Lorente Gironella
Co-director de Cuadernos de Crisis

- COP “El Consejo Informa. La Efpa recomienda incluir la asignatura Psicología de los Desastres en los programas de formación como psicólogo” Infocop (2008) Disponible en:

<http://www.cop.es/infocop/pdf/1578.pdf>

- Lorente F., Font S. y Villar E. "La formación en primeros auxilios psicológicos y emergencias en el título de grado en psicología". Revista de Enseñanza de la Psicología: Teoría y Experiencia (REP:TE) 1 (1). (2005).

Disponible en:

[http://psicologia.udg.es/revista/publicacions/01/Cast/04\(1\)_Cast.pdf](http://psicologia.udg.es/revista/publicacions/01/Cast/04(1)_Cast.pdf)

ENTRE CRISIS, TRAUMAS Y “BURNOUT”

Guillermo Morales Homar: guillemorales@ono.com

Luis M. Gallego Sáez: luinchmi@ono.com

David Rotger Llinàs: drotger@ono.com

Psicólogos

Introducción

Este trabajo trata sobre los diversos efectos del estrés en los profesionales que intervienen en situaciones críticas, por ejemplo el **Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)** en los bomberos; por otra parte, describiremos procesos de cambio e influencias provocados por las interacciones con las víctimas o supervivientes en los procesos de ayuda, como en la **Fatiga por Compasión (FC)** y en el **Trauma Vicario (TV)** en los terapeutas; y sobre otros procesos dónde, además, puede intervenir el estrés sistémico y factores propios de las organizaciones, como en el **Síndrome de Burnout** en diversos colectivos. Presentamos una investigación sobre las tasas de Burnout en varias muestras.

La crisis puede considerarse como un síndrome de estrés caracterizado por la ruptura brusca de la vivencia de continuidad psíquica, y por la demanda de respuestas activas ante un proceso de cambio. El éxito de estas respuestas favorece el desarrollo e integración de la personalidad, mientras que su fracaso puede llevar a una total desestructuración. Un “**incidente crítico**” en los servicios de emergencia es una **exposición** a un estímulo traumático, a una pérdida personal o lesión, a errores en la misión; con la necesidad de dar respuesta a diversas situaciones difíciles en un corto espacio de tiempo. Este tipo de experiencias pueden sobrepasar la capacidad normal de afrontamiento. Desde este punto de vista, el **trauma** se refiere a un evento que sobrepasa la capacidad percibida de la persona de afrontarlo, debilitándola a través de una pérdida central de control, y que crea la necesidad de defensas psicológicas. Aunque algunos eventos colectivos discretos pueden llamarse traumáticos, **es la respuesta del individuo al evento, o la interpretación que él le da, la que crea la traumatización** (Gil, 2006). El trauma indica una ruptura, un fracaso de las capacidades de integración y/o una discontinuidad de la vida psíquica.

Finalmente, existen diversos estudios donde se constata que las reacciones emocionales del personal que interviene en las situaciones de crisis y desastres (policías, bomberos, personal sanitario, psicólogos y voluntarios) pueden tener un efecto negativo sobre el desempeño de su función, como es el incremento de la ansiedad y sus consecuencias en la toma de decisiones (Gallego, Morales, Rotger y Prior, 2002).

El TEPT en los bomberos

Aunque entre el 50% y el 90% de la población puede estar expuesta a acontecimientos traumáticos durante su vida, la mayoría de los individuos expuestos no desarrollan el Trastorno por Estrés Agudo (TEA) o el TEPT. La estimación de prevalencia del TEPT en la población general es del 7,8% (Kessler et al., 1995). Esta prevalencia es considerablemente mayor entre los pacientes que buscan atención médica, y entre las víctimas de agresiones sexuales o expuestas a desastres provocados por los humanos, que por fenómenos de la naturaleza. La prevalencia del TEPT es también mayor en las mujeres que en los hombres, y es mayor en presencia de vulnerabilidades subyacentes como las experiencias adversas en la infancia u otros diagnósticos concomitantes.

Los bomberos profesionales se ven a menudo expuestos al estrés traumático al ayudar a las personas en situaciones de emergencia, y esto puede deberse al impacto de situaciones amenazantes para su vida, a las actividades físicas muy demandantes, a la destrucción de gran cantidad de material, o estar causado por la exposición a cuerpos mutilados. Aunque los bomberos presentan más riesgo de desarrollar TEPT que población general, existe un gran desconocimiento sobre el trastorno en este servicio: Respecto a qué reacciones son normales, sobre si se debería hablar de este problema con los colegas o con los familiares, y sobre cuándo y dónde buscar ayuda (Antonellis y Mitchell, 2005). Los **resultados de investigaciones indican que los mejores predictores de distrés alto son: los altos niveles de exposición y amenaza, y el bajo nivel de formación de los profesionales** (Marmar et al., 1996).

Los bomberos se ven involucrados en incidentes traumáticos de forma regular, y han de afrontar el hecho de que pueden poner en riesgo su seguridad cuando intervienen en los siniestros. Los datos de EEUU indican que **cada año fallecen una media de 100 bomberos en acto de servicio** y que les ocurren más de **80.000 accidentes relacionados con el trabajo** que requieren a menudo de hospitalización (Lee, et al., 2004). Además, los bomberos heridos en acto de servicio afrontan numerosos retos físicos y psicológicos. Algunos se recuperarán y volverán al trabajo, mientras que otros se verán incapaces de poder continuar realizando su trabajo y perderán no sólo su medio de vida, sino que también se verán afectados en su identidad. Al resultar herido en acto de servicio el bombero puede verse “sujeto a escrutinio” (en el caso de que otros cuestionen si sus acciones han contribuido o no al accidente) con sensaciones de aislamiento y culpabilidad. Todas estas reacciones son dolorosas para una persona sociable y orientada hacia el trabajo en equipo.

Muchos bomberos que experimentan estrés postraumático pueden “no informarlo” debido al miedo de que se vea como un signo de debilidad personal, o que tenga un impacto negativo para su promoción posterior. Otros, pueden identificarse con el trastorno, pero al tener dificultades asociadas por la exposición al trauma pueden acogerse a un retiro anticipado en vez de reclamar por su malestar psicológico. Si sufren una lesión física, pueden reclamar sólo por esta dolencia, y dejar de lado su malestar psicológico. Según la Internacional Association of Fire Fighters el **6,8% de los retiros**

debidos a la discapacidad por accidente en cumplimiento del deber en bomberos se atribuyen al “estrés mental” (IAFF, 2000)

Por otra parte, estudios sobre la **percepción del estrés** en el trabajo de los bomberos informan de una dicotomía conocida desde hace tiempo: Los bomberos califican su trabajo como más estresante que el de otras ocupaciones y, sin embargo, informan negativamente de la probabilidad de verse afectados por el estrés, o más perjudicados que otras profesiones. En otras palabras, los bomberos reconocen que sus puestos de trabajo son estresantes, pero no creen que estén afectados por este estrés. Esta dicotomía se conoce como “**optimismo ilusorio**” y también el llamado “**Síndrome de Superman**”. Se trata de la falsa percepción de que “**puedo con todo**”, o de que uno tendrá siempre el control. Es una **falsa sensación de inmunidad**, y muchos profesionales de los servicios de emergencia utilizan **la negación como mecanismo de defensa** para protegerse del estrés y de situaciones críticas de estrés: Cuando cualquier persona mantiene la falsa creencia de que no se ve afectada negativamente por los factores estresantes (o que no le afecta en absoluto), **no puede gestionar de manera adecuada su respuesta al estrés**. Esto puede afectar a su trabajo, al igual que a su vida personal: No sólo puede conducir al estrés crónico (y a un aumento del riesgo para su salud y otros problemas), sino que también instaura reacciones más graves ante el estrés futuro.

De acuerdo con la industria de las aseguradoras de vida de EEUU, los bomberos **reducen su expectativa de vida una media de 5 años**. Las razones para este decremento se deben al estrés (a corto y a largo plazo), a la alimentación y dietas, a los patrones disruptivos de sueño, a las condiciones físicas del trabajo, y a los peligros químicos y del entorno a que están expuestos.

La **prevalencia del TEPT** en las muestras de bomberos presentan un rango desde el **6,5%** (Haslam y Mallon, 2003) hasta el **37%** (Bryant y Harvey, 1995). Ver Tabla 1 sobre diversas investigaciones al respecto y comparativas con otros colectivos.

TABLA 1: INVESTIGACIÓN	País	N.	Profesión	Evaluación	Prev. TEPT
Kulka, et Al. (1990). Veteranos ejército guerra Vietnam.	EEUU	–	Veteranos heridos de Vietnam	Escala Mississippi TEPT	20%
Corneil, Beaton, Murphy, Johnson y Pike (1999)	Canada	625	Bomberos	IES	17,3%
Corneil, Beaton, Murphy, Johnson y Pike (1999)	EEUU	203	Bomberos y “paramédicos”	IES	22,2%
Al-Naser y Everly (1999)	Kuwait	108	Bomberos	IES	18,5%
Wagner, Heinrichs y Ehlert, (2000)	Alemania	402	Bomberos	PTSD Symptom Scale	18,2%
Durkin y Bekerian (2000)	Reino Unido	95	Bomberos	PSS-I	11%
North, et al. (2002). Oklahoma City Bombing (33% divorcios en 3 años posteriores).	EEUU	181	Bomberos	Entrevista (DIS)	13%
Haslam y Mallon (2003)	Reino Unido	31	Bomberos	PDS	6,5%
<i>The Wall Street Journal</i> (septiembre, 2003 dos años después del 11/09)	EEUU	–	Personal Emergencia Zona Cero NY	–	19%
Del Ben, Scotti, Chen y Fortson (2006)	EEUU	131	Bomberos	PCL IES	8% 17%

- » Impact of Events Scale – IES - Escala de Impacto de los Acontecimientos (Horowitz, Wilner y Alvarez, 1979)
- » PTSD Symptom Scale - Interview (Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum 1993)
- » PDS Post-traumatic Diagnostic Scale (Foa, 1995)
- » 17- item Modified PTSD Symptoms Scale (MPSS; Falsetti, Resnick, Resick y Kilpatrick, 1993)
- » Posttraumatic Stress Disorder Checklist – PCL- (Weathers et al., 1994)

La fatiga por compasión (FC), el trauma vicario (TV) y el síndrome de burnout

La FC es un estado experimentado por los que ayudan a las personas traumatizadas o que han sufrido situaciones abusivas (o de distrés); se trata de un cuadro agudo y sorpresivo, un estado de extrema **tensión y preocupación** con el sufrimiento de aquellos a los que se les ayuda, hasta el grado de que es traumatizante para el que facilita la ayuda. Así, la persona “ayudadora”, en contraste con la que está siendo ayudada, se ve traumatizada o sufre, a través de sus propios esfuerzos de empatizar y ser compasiva. El proceso suele ser:

- » Exposición
- » Empatía, compasión
- » Preocupación

Esto da lugar, con frecuencia, a un pobre autocuidado y a un auto-sacrificio extremo, y puede conducir a síntomas similares al TEPT o al Estrés Traumático Secundario (Figley, 2005).

La compasión se define como sentimientos de profunda empatía y pena por el que está sufriendo, acompañado de un fuerte deseo de aliviarle el dolor o de resolverle sus problemas. Los sentimientos de empatía y compasión están en el núcleo mismo de nuestra capacidad para realizar el trabajo terapéutico con las personas y, al mismo tiempo, también del riesgo de vernos lastimados por el trabajo. En la FC son las emociones y conductas naturales resultantes de enterarse de un evento doloroso y/o traumático experimentado por otra persona significativa, y se caracteriza por 3 grupos de síntomas similares a los del TEPT:

1. Re-experimentación (revivir y recordar con una gran carga emocional)
2. Evitación y entumecimiento emocional (actitudes de distanciamiento tanto físico como afectivo de las personas)

3. Hiperactivación-arousal (estado de tensión y alerta permanente y alta reactividad).

Estos síntomas pueden afectar no sólo a los profesionales de la salud mental, sino también a los miembros de la familia, y amigos cuyas vidas están estrechamente asociadas con el trauma y la supervivencia (Figley, 1995).

La **explicación teórica del TV** parte del punto de vista constructivista que postula que las personas construyen su realidad a través del desarrollo de estructuras cognitivas. Estas cogniciones se utilizan para interpretar los acontecimientos (McCann y Pearlman, 1990). Al examinar los efectos del material traumático relatado por los clientes a los terapeutas en terapia, se concluye que los cambios resultantes en los esquemas cognitivos de los terapeutas respecto del “sí mismo”, “del otro” y “del mundo” son omnipresentes, acumulativos y permanentes. Así, **el TV está asociado con trastornos en los esquemas cognitivos de cinco áreas** del terapeuta: **La seguridad** (sentirse seguro del daño por uno mismo y por los demás), **la confianza y la dependencia** (ser capaz de depender y confiar en los demás y en uno mismo), **la autoestima** (sentirse valorado por los demás y por uno mismo, y valorar a los demás), **la intimidad** (sentirse conectado a los demás y con uno mismo) **y el control** (la necesidad de ser capaz de “aceptar y gestionar” los sentimientos y comportamientos propios, así como los de otros), **cada una representando una necesidad psicológica**. Cada necesidad/esquema se experimenta en relación con el “sí mismo” y con el otro. Los efectos perjudiciales del TV se producen a través de los cambios en estos esquemas, ya que los terapeutas pueden incorporar en su propia memoria las historias dolorosas de sus clientes que pueden conducir a flashbacks, sueños o pensamientos intrusivos considerados centrales en el TEPT (Dunkley y Whelan, 2006).

La opinión que prevalece actualmente en el tratamiento de las personas traumatizadas es que la “resolución del trauma” es beneficiosa y que, además, el **grado en que el terapeuta resuelve los eventos traumáticos** con un cliente y aboga por realizar esta tarea son variables importantes respecto al riesgo de que el terapeuta padezca los síntomas de la FC y el TV. Abogar por el trabajo con los eventos traumáticos pero conseguir una baja resolución del material, parece poner al terapeuta en riesgo de sufrir más FC, burnout y distrés que aquellos terapeutas que ni defienden la resolución, ni la practican. Así, la exposición al material traumático en sí misma no parece ser decisiva, sino que el **grado de resolución del trauma está relacionado negativamente con la fatiga por compasión y con el burnout** (McKenzie, Gurriss y Traue, 2007).

El **síndrome de Burnout**, conocido también como “**desgaste o estar quemado en el trabajo**”, es un **estado de agotamiento físico, emocional y mental** causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado. Aparece a menudo en individuos que ejercen profesiones de “ayuda” y en aquellas personas que cuidan a otras. El burnout puede ser causado por el conflicto entre los valores individuales y los objetivos y demandas de la organización, por una sobrecarga de responsabilidades, una sensación de no tener control sobre la calidad de los servicios prestados, la consciencia del poco reconocimiento emocional o financiero, el sentido de una

pérdida de comunidad dentro del contexto de trabajo, y la existencia inequidad o la falta de respeto en el lugar de trabajo (Maslach y Leiter, 1997). Muchas veces, las personas que sufren burnout son muy idealistas sobre la forma en que pueden ayudar a los otros. El burnout también puede guardar relación con la consecuente exposición al material traumático (Aguilera, 1995).

El Burnout es un síndrome psicológico en respuesta a estresores crónicos o prolongados emocionales e interpersonales en el trabajo, y se define por tres dimensiones de respuesta: El cansamiento emocional (extenuación), la despersonalización (cinismo), y la falta de realización personal en el trabajo (ineficacia). El **cansamiento emocional** representa la dimensión individual del burnout, es una cualidad central y la manifestación más obvia del síndrome. Se refiere a los sentimientos de estar extralimitado y agotado de los recursos emocionales y físicos. La **despersonalización** representa la dimensión interpersonal, y se refiere a la respuesta negativa, endurecida y excesivamente desapegada a varios aspectos del trabajo. Es un intento de distanciarse de los receptores del servicio: Sus demandas son más manejables cuando se consideran objetos impersonales del trabajo propio. El componente de **falta de realización personal**, reducción de la eficacia o consecución, representa la dimensión auto-evaluativa del burnout. Se refiere a los sentimientos de incompetencia y falta de consecución y productividad en el trabajo. Una situación laboral de demandas abrumadoras que contribuyen a la extenuación y al cinismo es probable que erosione la sensación de ser efectivo. El burnout es un “proceso”, no un evento, marcado por indicadores físicos, emocionales y de comportamiento que pueden ser fácilmente reconocidos, lo que permite la auto-intervención si el cuidador está entrenado y es consciente de las manifestaciones.

Investigación sobre el burnout.

Esta investigación completa el avance publicado anteriormente (Morales, Gallego y Rotger, 2004)

Método

Sujetos

La muestra está compuesta por 283 personas (72,5% mujeres y 27,5% hombres) de los siguientes colectivos: Sanitarios (111), educación (51), servicios sociales (27), policía local (11), educadores sociales (25), voluntarios de protección civil (23), transporte sanitario (25). La media de edad es 34,4 años (33,8 años en las mujeres y 35,8 años en los hombres)

Diseño

Se trata de una investigación transversal descriptiva, cuyo objetivo es evaluar la incidencia del síndrome de burnout en diversas muestras de profesionales en el ámbito de los servicios humanos. El estudio se enmarca en el contexto de talleres de prevención y módulos de formación sobre la incidencia de la ansiedad, el estrés y las situaciones traumáticas en la actividad laboral; excepto en el caso de la muestra de servicios sociales donde se solicita la participación de los sujetos en un contexto sin

relación al contenido del estudio. En todos los casos, la participación de los sujetos en la investigación es voluntaria.

Variables

Evaluación del síndrome de burnout mediante el Maslach Burnout Inventory -MBI (Maslach y Jackson, 1986; adaptación española realizada por Seisdedos, 1997). Este inventario consta de 22 ítem, y utiliza una escala de frecuencia de 7 puntos tipo Likert, que va desde 0 (nunca) hasta 6 (todos los días). El instrumento está compuesto por tres subescalas: **Cansancio Emocional (CE)**, **Despersonalización (DP)** y **Realización Personal en el trabajo (RP)**. El análisis de datos se realiza mediante el paquete estadístico SPSS 12.1.1 para Windows.

Resultados significativos y discusión

- » Por sexos, sólo se observan diferencias en las puntuaciones de la escala de **CE** del MBI: Las **mujeres puntúan significativamente más alto**.
- » Se aprecian algunas diferencias significativas en las puntuaciones de los diversos grupos (ver TABLA 2):
- » Los docentes muestran menores puntuaciones en la escala de DE (observado en otras investigaciones).
- » Los sanitarios muestran mayores puntuaciones en las escalas CE y DE.
- » Los profesionales de los servicios sociales muestran mayores puntuaciones en la escala RP.
- » Nos parece muy significativo que los voluntarios de **Protección Civil** muestran **menores puntuaciones** en todas las escalas: Bajo cansamiento emocional, menor despersonalización y, también, menor realización personal.
- » Por el contrario, los **policías locales presentan valores superiores en todas las escalas** del MBI. Para comprobar si las diferencias observadas se deben al menor tamaño de la muestra de este grupo, se efectúa una selección al azar de 11 sujetos en cada uno de los otros grupos. Realizado análisis de varianza de los resultados (ANOVA) de esta muestra equiparada, se constata que este grupo sigue presentando un valor superior en todas las escalas del MBI (Test de Bonferroni, a un nivel de significación de .05).
- » Por subescalas, en el **global de la muestra**:
 - » Cansamiento Emocional: 29% de los sujetos puntúan alto (>24).
 - » Despersonalización: 27,6% de los sujetos puntúan alto (>9).
 - » Realización Personal: 23,7% de los sujetos puntúa bajo (<33).

- » Un 7,06% de los sujetos (20 personas) presenta puntuaciones desviadas en las tres subescalas (altas en CE y DE, y bajas en RP).

TABLA 2		CE		DE		RP	
Grupo de profesionales	N	Media	D.t.	Media	D.t.	Media	D.t.
Docentes	51	18,51	10,27	4,50	4,51	37,04	7,38
Sanitarios	111	22,07	11,62	7,14	5,05	38,32	7,44
Servicios Sociales	27	20,96	11,98	7,30	5,66	40,15	5,43
Policías Locales	11	31,36	15,09	16,67	7,02	26,55	12,54
Educadores Sociales	25	18,44	7,55	6,76	4,42	38,04	5,91
Voluntarios Protección Civil	23	12,26	7,39	4,83	5,59	35,39	9,38
Transporte Sanitario	25	19,52	8,62	9,28	4,77	38,52	6,38
TOTAL	283	20,28	11,17	7,01	5,57	37,53	7,82

En otra investigación donde se realiza también la evaluación de la variable ansiedad mediante el Cuestionario de Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (AR) -STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982), se constatan correlaciones significativas entre las puntuaciones de la variable ansiedad rasgo y las puntuaciones indicadoras de burnout (Morales, Gallego y Rotger, 2004), por ejemplo: CE/AR $r=.585$ ($p<001$); DE/AR $r=.289$ ($p<005$); y RP/AR $r=-.587$ ($p<001$). También se constata en otra investigación (McKenzie, Gurrus y Traue, 2007) la alta correlación de los síntomas de FC y de Burnout $r=.819$ ($p<001$).

Referencias bibliográficas

- » Aguilera, DC. Crisis intervention: Theory and methodology (7th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book; 1995.
- » Antonellis PJ, Mitchell SG. Posttraumatic Stress Disorder in Firefighters. Ellicott City: Chevron Publishing Corporation; 2005.

- » Al-Naser F, Everly G. Prevalence of posttraumatic stress disorder among Kuwaiti firefighters. *International Journal of Emergency Mental Health* 1999; 1: 99-101.
- » Bryant R, Harvey A. Posttraumatic stress in volunteer firefighters: Predictors of distress. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1995; 183: 267-271.
- » Corneil W, Beaton R, Murphy S, Johnson C, Pike K. *Journal of Occupational Health Psychology* 1999; 4 (2): 131-141.
- » Del Ben KS, Scotti JR, Chen Y, Fortson BL. Prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms in firefighters. *Work and Stress* 2006; 20 (1): 37-48.
- » Dunkley J, Whelan TA. Vicarious traumatisation: current status and future directions. *British Journal of Guidance and Counselling* 2006; 34 (1) 107-116.
- » Durkin J, Bekerian DA. Psychological Resilience to Stress in Firefighters MRC Project, Resilience to Stress in Firefighters 2000. Disponible en: URL: http://www.firestress.co.uk/research/dl/Psychological_Resilience.pdf
- » Falsetti SA, Resnick HS, Resick PA, Kilpatrick DG. The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist* 1993; 16: 161–162.
- » Figley CR. Compassion Fatigue: An Expert Interview With, C.R. Figley MS, PhD. *Medscape Psychiatry and Mental Health* 2005; 8 (2).
- » Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In: Figley CR (Ed.), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in those who Treat the Traumatized*. New York: Brunner Mazel; 1995.
- » Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic stress* 1993; 6: 459-473.
- » Foa, E. *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS) manual*. Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1995.
- » Gallego LM, Morales G, Rotger D, Prior C. El incremento de la ansiedad en los sujetos componentes de grupos de intervención en crisis y desastres. *Interpsiquis*. 2002; Disponible en: URL: www.psiquiatria.com/interpsiquis2002/5255
- » Gil E. *Helping Abused and Traumatized Children*. New York: The Guilford Press; 2006.
- » Haslam C, Mallon K. A preliminary investigation of post-traumatic stress symptoms among firefighters. *Work and Stress* 2003; 17: 277-285.

- » Horowitz M, Wilner N, Alvarez W. Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 1979; 41: 209-218.
- » Internacional Association of Fire Fighters. Death and Injury Survey. Washington DC: Author; 2000.
- » Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:1048–1060.
- » Kulka R, Schlenger W, Fairbank J, Hough B, Jordan C, Marmar C, Weiss D. Trauma and the Vietnam war generation. New York: Brunner Mazel; 1990.
- » Lee DJ, Fleming LE, Gomez-Marin O, LeBlanc W. Risk of hospitalization among firefighters: The national health interview survey, 1986-1994. *American Journal of Public Health* 2004; 94: 1938-1939.
- » Maslach C, Leiter MP. The truth about burnout. San Francisco: Jossey-Bass; 1997.
- » Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory Manual. Palo Alto, CA: Consult. Psychol. Press. 2nd ed.; 1986.
- » Marmar CR, Weiss DS, Metzler TJ, Delucchi K. Characteristics of emergency services personnel related to peritraumatic dissociation during critical incident exposure. *American Journal of Psychiatry* 1996; 153: 94–102.
- » McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress* 1990; 3: 131-149.
- » McKenzie DR, Gurrus N, Traue H, Factors Affecting Burnout and Compassion Fatigue in Psychotherapists Treating Torture Survivors: Is the Therapist's Attitude to Working Through Trauma Relevant? *Journal of Traumatic Stress* 2007; 20 (1): 63–75.
- » Morales G, Gallego LM, Rotger D. La Incidencia y Relaciones de la Ansiedad y el Burnout en los Profesionales de Intervención en Crisis y Servicios Sociales. *Interpsiquis* 2004. Disponible en: URL: <http://www.cop.es/colegiados/B-00722/La%20incidencia%20y%20relaciones%20de%20la%20ansiedad%20y%20el%20Burnout.htm>
- » North CS, Tivis L, McMillen JC, Pfefferbaum B, Spitznagel EL, Cox J, Nixon SJ, Smith EM. Coping, Functioning, and Adjustment of Rescue Workers After the Oklahoma City Bombing. *Journal of Traumatic Stress* 2002; 15 (3): 171–175.
- » Seisdodos N. MBI. Inventario Burnout de Maslach. TEA Ediciones, S.A.; 1997.

- » Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R. Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI), 3ª edición. Madrid: TEA Ediciones, S.A.; 1982.
- » Wagner D, Heinrichs M, Ehler U. Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. American Journal of Psychiatry 1998;155: 1727–1732.
- » Weathers F, Litz B, Huska J, Keane T. PTSD Checklist/Civilian Version. Boston: National Center for PTSD - Behavioral Science Division; 1994.

MANEJO PSICOLÓGICO DE CONDUCTA ANSIOSA Y SUICIDA EN AFECTADOS POR UN ACCIDENTE DE TRÁFICO.

Patricia Acinas

Mal acabara quien pretenda adentrarse en el futuro,
ignorando lo que sucedió en el pasado,
porque entonces no vivirá el presente.

(Proverbio Oriental)

Resumen

Las víctimas de un accidente de tráfico pueden mostrar varias reacciones psicológicas en un accidente de tráfico; algunas de ellas representan dificultades importantes para manejarlas en la misma situación (suicidio, ansiedad...) si no se está suficientemente entrenado.

Una mala actuación ante esas conductas puede ser peligrosa para víctimas, familiares, intervinientes y otras personas presentes.

El propósito de este artículo es explicar algunas de esas reacciones ante un accidente de tráfico y cómo afrontar esas variadas y, a veces, inesperadas situaciones.

La aplicación de estrategias psicológicas básicas en cada caso, sirve para prevenir futuras secuelas psicológicas

Palabras Clave:

Accidente de tráfico, Primeros Auxilios Psicológicos (P.A.P.s), Suicidio, Ansiedad

PSYCHOLOGICAL HANDLING OF ANXIOUS AND SUICIDAL BEHAVIOUR WITH DAMAGED PEOPLE BY A TRAFFIC CRASH.

Abstract

Several psychological reactions can be showed in a traffic crash by the victims; some of them present serious difficulties to manage in the same situation (suicide, anxiety...) if the person has not enough training.

A bad performance before these behaviours can be dangerous for victims, relatives, emergency workers, and other people in this place.

The purpose of this article is to explain some of these reactions face of a traffic crash and how to deal with these various and, sometimes, unexpected situations.

Basic psychological strategies can be applied in every case to prevent psychological damages in the future.

Keywords:

Traffic crash, Psychological First Aids, Suicide, Anxiety

Introducción

El tráfico es un hecho social, tanto como las actitudes de los conductores. En ocasiones, ir en un vehículo provoca en algunas personas una sensación multiplicadora del poder que puede dar lugar a actitudes agresivas. A veces también se producen emociones y reacciones menos frecuentes y que pueden generar cierta perplejidad en las personas que están presentes en el lugar del accidente.

Por lo tanto, las víctimas pueden ser personas involucradas directamente en el accidente (conductores, acompañantes, peatones...), pero también testigos del mismo o incluso personas que han ayudado en el momento del AT (Accidente de Tráfico). Si el afectado por AT ha sido por descuido o negligencia de otra persona, necesita más tiempo para recuperarse de las dificultades psicosociales, que si él ha sido

responsable del AT (Blanchard y Hickling, 2004); por lo que el manejo psicológico de la conducta también será diferente en cada caso.

Concretando, podemos decir que las personas afectadas por una situación de emergencias son seres humanos que han sido y posiblemente continúen estando sometidas a una situación de estrés por causa de un evento inesperado que deteriora su capacidad de adaptación (Arango, Cardona y Alviar, 2003).

Cada persona reacciona de manera diferente en función de las circunstancias presentes en ese momento, y de sus propias circunstancias personales previas al accidente y de otros factores. Para una revisión exhaustiva de las reacciones que pueden aparecer en el plano afectivo, cognitivo, comportamental... consultar otras fuentes (Acinas, 2006a). La actuación, tanto sanitaria como psicológica, debe tener en cuenta todo lo anterior para que la persona atendida evolucione favorablemente.

Por otro lado, cada vez hay más profesionales, y también voluntarios, formados en atención psicológica en emergencias que actúan y ayudan a las personas afectadas. Pero en muchas ocasiones las manifestaciones psicológicas son extrañas, poco frecuentes, difíciles de concretar y con un nivel de intensidad que no puede ser manejado por un interviniente (médico, enfermera, socorrista, bombero, policía...) sólo con los conocimientos de Primeros Auxilios Psicológicos. Es necesario que un psicólogo, especialista en intervención en crisis y emergencias facilite la canalización de emociones y pensamientos de manera apropiada tanto en las víctimas con lesiones físicas, como psicológicas, y en los familiares o testigos de éstas. Todavía no hay muchos profesionales preparados y que puedan desplazarse a realizar este tipo de intervenciones, tan necesarias en muchos casos, como mecanismo de prevención de agravamiento de lesiones. En los próximos años se puede producir un desarrollo de esta área de la psicología.

La atención inicial, de tipo psicológico, que debe brindarse en un AT es lo que ha dado en llamarse Primeros Auxilios Psicológicos (PAPs), por analogía con lo que sucede en el plano físico o médico.

Los primeros auxilios son la atención que una tercera persona va a prodigar en una urgencia a un herido. Por extensión, los Primeros Auxilios Psicológicos, son los actos o actitudes que se van a prodigar a una víctima con una lesión psicológica (López, Urkía y Rodrigo, 2003).

Los primeros auxilios psicológicos hacen referencia a los actos que se realizan en una persona víctima de una herida psíquica, con el objetivo de ayudarla a sobrevivir, a sobreponerse a un proceso traumático, de manera que la probabilidad de efectos nocivos psicológicos se minimice y la probabilidad de crecimiento de recursos psicológicos propios se maximice (Rivas et al., 2002).

Tabla 1: Componentes de los P.A.P. (Slaikeu, 1999)

APOYO + ESCUCHA + ORIENTACIÓN
<ol style="list-style-type: none">4. Realizar el contacto psicológico.5. Examinar las dimensiones del problema.6. Analizar posibles soluciones.7. Ayudar a ejecutar la acción concreta.8. Seguimiento.

La atención debe adaptarse a cada circunstancia: Hay que considerar lo que supone para la persona sufrir un AT; por ejemplo, para un conductor profesional la retirada del permiso de conducir implica privarle de su medio de vida (Acinas, 2006 b)

Vamos a centrarnos en el manejo psicológico de algunas situaciones, que por sus características entrañan cierta dificultad, en su detección y en su intervención certera, en los primeros momentos. La ansiedad aparece en prácticamente todas las situaciones de Accidente de Tráfico, pero en algunas circunstancias los niveles de ansiedad son muy elevados y pueden incrementarse más debido a las características de la situación. El intento de suicidio es una conducta que puede aparecer asociada a un AT; en algunos casos puede llegar a ser indistinguible de cualquier otro accidente, pero la observación de ciertos indicios puede facilitar la identificación y la intervención centrada en el desencadenante.

Reacciones de Pánico / Ansiedad Exagerada.

La ansiedad es uno de los trastornos más frecuentes entre la población general y una de las reacciones más frecuentes en situaciones de crisis. Las primeras intervenciones terapéuticas son importantes porque, si son adecuadas, pueden interrumpir el círculo vicioso psicofisiológico antes de que afecte más a la persona.

En situaciones de emergencia, la ansiedad puede producirse de dos maneras fundamentales: por un lado la crisis es el conjunto de reacciones de ansiedad –angustia que tiene la persona (a veces desencadenada inesperadamente) y por otro lado, la situación de crisis ha sido tan impactante que ha provocado las reacciones de ansiedad.

En situaciones en que alguien se encuentra herido (necesitado de primeros auxilios) o en peligro (debiendo ser salvado o rescatado) resulta frecuente encontrar al individuo emocionalmente alterado. (...) Puede estar asustada por verse sangrando, por verse una pierna fracturada, por sentir que no se puede mover... (Parada, 1999; 2005, pág 47).

Tradicionalmente, la ansiedad generada en el entorno del tráfico se ha abordado evaluando respuestas fisiológicas de los conductores frente a los incidentes de tráfico (Montoro, 1995). Pero presenciar un AT, sufrirlo en primera persona (siendo consciente de lo que ha ocurrido), ver cómo alguna persona querida presenta heridas graves consecuencia de un AT, puede desencadenar reacciones de ansiedad importantes y ataques de pánico. Muchas personas valoran la situación vivida con la sensación de muerte inminente (Parada, 1998).

La amenaza de grandes catástrofes, reales o potenciales consecuencia del accidente, es también una fuente de ansiedad (Navío, Leira, Quintero, 2003). Sobre todo si el AT es muy grave y la persona ve un elevado número de afectados o cree que su propia conducta influyó en lo ocurrido. Otras fuentes importantes de ansiedad (Valero, 2002) son ver familiares o amigos cercanos con muertes grotescas o serias amputaciones traumáticas.

Como postulan algunos autores (Valero, 2002) los niveles de tensión y ansiedad, como los que dan en un AT, afectan a los mecanismos de defensa del organismo y causan problemas orgánicos posteriores. Por ello debe incidirse en la disminución o canalización de la ansiedad mantenida. Sentir miedo es un fenómeno frecuente (San Juan, 2001) en situaciones de catástrofes o de amenazas, pero no es una condición suficiente para que aparezcan conductas de pánico.

Además la persona que ha sufrido una crisis de ansiedad permanece excesivamente atenta hacia sus sensaciones corporales. Las reacciones de ansiedad en situación de emergencia son inevitables y, en

cierta medida, positivas para el sujeto (siempre que no sean prolongadas y le alteren personalmente) porque le ayudan a afrontar lo vivido.

Pero en una situación de crisis, la intensidad de las manifestaciones ansiosas es tal, que pueden llegar a contagiarse aunque no se pronuncie una sola palabra. Cuando se trata de familiares o acompañantes de la persona accidentada, es imprescindible responder a las necesidades de información de la persona respecto a lo ocurrido. La actuación va a depender de las fases por las que pase el familiar y las necesidades que presente en ese momento.

Por este motivo, la primera toma de contacto es fundamental: debemos especificar quienes somos, en nombre de quién trabajamos y qué pueden esperar de nosotros. Esto nos permitirá convertirnos en personas de confianza para ellos y que recurran a nosotros en el caso de que necesiten algo. Es importante dar información e instrucciones de forma sencilla y calmada (a mayor nivel de descontrol de la persona, mayor firmeza y sencillez).

Tabla 2: Manejo de Reacciones de Ansiedad en Accidentes de Tráfico.

- » Descartar causa orgánica (Vega y Jiménez, 2003) o uso de sustancias (medicamentos o drogas) subyacente.
- » Preguntar por antecedentes psicológicos (si le había ocurrido antes, en qué circunstancias y cómo lo afrontó) o psicopatología concomitante (Muñoz, 1998)
- » Procurar la tranquilización de la persona, haciéndole ver que se trata de una reacción transitoria a la situación vivida (Robles y Medina, 2002). A medida que se calme se le pueden dar pequeñas tareas, de ayuda a otras personas que pueden serenarlo más (Valero, 2002) y hacerle sentir útil.
- » Mostrar tranquilidad y control de la situación (Muñoz, 1998). En un estudio (Nevado y cols., 1998), más de la mitad de los encuestados (53'50%) manifestó la importancia de que en el AT hubiera una persona especializada para entablar un trato más humano.
- » Apartar de estímulos ansiógenos/ lugares con estimulación sensorial intensa, personas desfiguradas (Mayou, 1999).
- » Normalizar reacciones. Explicar cuáles son las manifestaciones de la ansiedad (Muñoz, 1998). Las personas en crisis necesitan tener la certeza de que lo que están experimentando es lo correcto según el momento en el que están y no algo que hay que

hacer desaparecer rápidamente (Rubin y Bloch, 2001).

- » Evitar hiperventilación. Si ésta ha comenzado, animar a respirar dentro de una bolsa (es mejor una bolsa de papel que de plástico).
- » Intentar respiración diafragmática o alguna técnica sencilla de relajación. para controlar la excesiva activación fisiológica (Parada, 1998) y para enlentecer el patrón respiratorio, con el fin de recuperar el equilibrio entre oxígeno y dióxido de carbono (Robles y Medina, 2002). Modelar la técnica empleada; si el sujeto lo ve en otro entiende más fácilmente cómo debe realizar la técnica.
- » Procurar que se siente y permanezca sentado. Disminuye la hiperactivación del sistema nervioso y permite una postura adecuada para emprender técnicas de respiración y relajación. No se recomienda tumbar a la persona (Ramos, 2005).
- » Facilitar el desahogo emocional, sin tiempo predeterminado. No dejar solo aunque esté aparentemente calmado (Valero, 2002).
- » Valorar la conveniencia de usar contacto físico, según las necesidades de la persona (ligero toque en antebrazo, caricia, abrazo...). Suele incrementar la sensación de seguridad. Se puede combinar (Valero, 2002) con un acercamiento firme y agradable.
- » Si se realiza contacto físico debe ser apropiado y siempre tolerado (Acinas, 2006b) en estas circunstancias. De esta manera (Nevado y cols., 1998) se demuestra que el apoyo psicológico es un factor reductor de la ansiedad y de las consecuencias negativas para la salud psicológica del sujeto.
- » Dar agua /bebidas azucaradas (Nunca bebidas alcohólicas), una taza de una infusión o de caldo (Rotger, 1999). Regular la respiración y disminuyen la sensación de boca seca.
- » Explorar sus miedos y pensamientos respecto a la muerte, si las circunstancias lo permiten y la persona está receptiva a ello. Muchas veces aparece miedo a la muerte, que es muy difícil de modificar y que genera una intensa ansiedad, (Blanchard y Hickling, 2004).
- » No emplear razonamientos con la persona ansiosa (Valero, 2002), porque está a un nivel emocional y no cognitivo. Cuando es posible potenciar la inteligencia emocional (Rivas y Cols, 2002).
- » Puede ser útil emplear “distractores del susto”, con mensajes coherentes: preguntar *¿cómo te llamas?, ¿viajabas sólo?...Y cuando ya esté completamente a salvo,*

tranquilizar haciendo ver lo innecesario de seguir asustado, evitando que saque conclusiones generales del AT (Parada, 1998).

- » Valorar administración de ansiolítico vía Intravenosa o Intramuscular (Muñoz, 1998; Rivas y Cols, 2002) por personal facultativo. Considerarlo si las manifestaciones se prolongan más de 20 minutos, son muy intensas o en previsión de empeoramiento del cuadro.

Hay reacciones que están asociadas a manifestaciones ansiosas pero requieren un tratamiento diferente a la ansiedad en general. Estas situaciones específicas son por ejemplo la fobia a la sangre, inyecciones y daño. Podemos establecer diferencias en la actuación psicológica en cada componente de la fobia; se pueden presentar juntos, pero en ocasiones se muestran de manera independiente.

Las pautas diferenciales que deben seguirle ante la *fobia a la sangre* son (Borda, 2001):

- » Evitar la visión del estímulo ansiógeno. Pedirle que mire hacia otro lugar, que nos enseñe fotos, documentación... o cualquier otra tarea que actúe como distractora de la atención y se centre en aspectos que no le produzcan ansiedad.
- » Tratar de aplicar debidamente técnicas de tensión muscular o expresión de ira.
- » No intentar relajar a la persona porque precipitará el desmayo.

Cuando el *dolor* es muy intenso se pueden aplicar estrategias como las que se describen a continuación:

- » Realizar alguna técnica de distracción del dolor o dirección de la atención hacia otros estímulos.
- » Usar el sentido del humor, siempre de manera cuidadosa.
- » Buscar una posición en que le duela menos, o que le alivie el malestar físico.
- » Valorar la administración de un analgésico por parte de personal facultativo.

En algunas personas, asociado a reacciones de ansiedad, puede aparecer una actitud hostil y suspicaz (Alexander, 1999), en personas que se dejan llevar por la ira, la indignación (Parada, 1998). Puede aparecer frecuentemente ira dirigida hacia otros conductores, las compañías de seguros, abogados, médicos forenses... (Blanchard y Hickling, 2004). Puede que se deba, incluso, a recuerdos de AATT que ha vivido en primera persona o en personas cercanas.

Por otro lado, la falta de expresión de emociones negativas no es necesariamente desadaptativa. La postergación de emociones negativas, la distracción y focalización en actividades positivas es positivo (San Juan, 2001).

Las estrategias más útiles cuando una persona muestra emociones negativas (*ira, hostilidad, negativismo, etc.*) son las siguientes:

- » No dejarse llevar, en la situación, por las manifestaciones de ira y hostilidad (Parada, 1998), de las personas implicadas.
- » No discutir, si está muy agitado/irritado (Parada, 1998; 1999; 2005), porque la persona estaría en un plano (emocional) distinto al plano desde el que le hablemos (plano racional), tal como indica Parada (1998).
- » Hacerle ver que se respeta su opinión. No enfadarse ni chantajear.
- » Explicar por qué se recomienda la atención sanitaria y/o psicológica o por qué (Parada, 1998) se le pide que se aparte o haga algo, en el lugar del accidente.
- » Permitirle que niegue lo ocurrido (no implica estar de acuerdo con él). No tomárselo a lo personal.
- » No obligar a hacer nada si no hay urgencia vital.
- » Mostrarse disponible (Madrid, 2005) si desea hablar posteriormente.

No hay que olvidar que las reacciones negativas también pueden aparecer en los intervinientes. En una investigación (Nevado y cols, 1998), un 40% de los encuestados valoraron aspectos negativos en la intervención, tales como: despreocupación, antipatía, bronca...

Para cerrar el apartado dedicado a las manifestaciones derivadas de la ansiedad, comentar también que en algunas ocasiones la ansiedad puede aparecer asociada a *hiperactividad motora*. En estas ocasiones se pueden llevar a cabo otras estrategias adicionales:

- » Invitarle a sentarse y sentarse con él/ella a hablar.
- » Tratar de eliminar el movimiento excesivo y sin objetivo, dándole una tarea sencilla y/o monótona (sujetar un suero o unas ramas que molestan mientras otros intervinientes trabajan, traer algo de material, recoger algo del suelo....).
- » Separar a las víctimas extremadamente perturbadas (Rivas y cols, 2002) del resto de las personas.
- » Contener (Rivas y cols, 2002) posibles conductas auto y heteroagresivas.

Conductas Suicidas e Intentos Autolíticos

El suicidio es una posibilidad real tras cualquier crisis o trauma. La intensidad de la pérdida, sentirse abrumado, el dolor insoportable... pueden desencadenar el potencial suicida (Rubin y Bloch, 2001). Algunos autores (Rivas y cols, 2002), han hablado de incremento de suicidio tras situaciones de desastre. El suicidio puede ser una consecuencia tras un AT (Acinas, 2006 a), pero también puede ser la causa del mismo cuando la personas ha ideado acabar con su vida teniendo un grave AT.

El fenómeno del suicidio, como tal, se extiende cada vez a mayor número de personas, adquiriendo, en el mundo occidental, una importancia similar, hablando de datos globales, a los fallecimientos por accidentes de tráfico (a veces asociado a ellos, como se relata en este artículo), cáncer o enfermedades cardiovasculares.

Los suicidios son un problema sanitario importante; porque representan del 0'5 al 1% de las defunciones en el mundo occidental; además para la población mayor de 15 años la prevalencia de tentativas de suicidio está entre 3% y 5%. Sin embargo muchos intentos de suicidio serios pasan desapercibidos, porque se interpretan de manera errónea.

Las conductas asociadas a suicidio en un AT pueden ser de dos tipos:

Con Implicación de terceros. Atropello (el presunto suicida se deja atropellar al paso de un vehículo; el conductor del coche puede sentirse culpable y quizás requiera atención psicológica in situ), circular en sentido contrario para impactar contra otro vehículo y sus ocupantes, etc. La implicación a terceros puede ser manera premeditada (por ejemplo, cogiendo el coche de su padre para estrellarse con él porque lo considera responsable de su desgracia) o no premeditada (en ocasiones no es consciente de que pueda perjudicar a otras personas con su decisión vital, por ejemplo cuando impacta frontalmente contra un turismo y provoca heridas graves en sus ocupantes, niños de corta edad que viajaban como pasajeros)

Sin implicación de terceros. Choque o salida de vía (el suicida que conduce el coche decide estrellarse contra un obstáculo junto a la carretera -árbol, poste, roca, quitamiedos....-, o precipitarse al vacío desde un acantilado, barranco o similar... No implica más que a posibles testigos, pero no intenta perjudicar a otras personas haciéndolas culpables o responsables de lo sucedido no otras personas tienen heridas físicas o psicológicas por el intento de suicidio.

El suicidio por atropello indicaría peligrosidad del método suicida (García Resa y Braquehais, 2003). Sugiere una tentativa de suicidio seria, con bajas posibilidades de rescate, que requiere una evaluación y seguimiento especializado. Además (De Miguel y Muñoz, 1998) el suicidio inminente es una de las situaciones que pueden provocar una intervención crítica. En la investigación del atropello, en

fallecimientos, es preciso determinar si el peatón se metió en la trayectoria del vehículo o viceversa, cuando el suicidio se produce corriendo o saltando hacia el vehículo (Montoro, 1995).

Como se decía más arriba, el suicidio puede aparecer, no como AT, sino como conducta posterior en el mismo lugar del AT: la persona puede percibirse como responsable o culpable del mismo o de la muerte de alguna persona (aunque no sean sus seres queridos) y mostrar alguna conducta suicida para reconocer que es culpable y expiar su culpa; esta circunstancia puede llevar a una situación emocional de riesgo (Cano y Cols., 2004). Por ejemplo cuando el padre conduce el coche en el que también viajaba su hija que sufre lesiones muy graves que pueden, incluso, producir la muerte; el progenitor podría hablar de suicidio o considerarlo como una opción porque se sienta culpable (Fernández Peces, 1998).

La probabilidad de consumar un suicidio es más alta en el primer año o dos años después del primer intento no mortal (Maris, 1992). Debemos tener presente que el mayor predictor de la conducta futura es la conducta pasada. El riesgo aumenta cuando la meta del primer intento no se cumplió y aún permanece el estrés que lo provocó.

Es común que un tipo de muerte se interprete de manera diferente a un suicidio, cuando realmente ha sido un intento autolítico. Por ejemplo, un suicidio por inmersión puede aparentar un homicidio, y una muerte por precipitación, un accidente (Arranz Estévez, 1998). En los AATT, se puede apreciar que ha ocurrido un accidente, pero lo complicado es determinar hasta qué punto ese accidente ha sido deseado por la persona que conducía o si han intervenido otras variables ajenas a la intencionalidad del conductor que han provocado el AT.

El suicida puede enmascarar su intencionalidad según su disponibilidad de medios; así algunos intentos anteriores no se pueden considerar suicidios encubiertos porque se han considerado meros accidentes, con las dificultades asociadas a la incorporación del caso a las estadísticas de suicidio (Ayala, Martí, Pérez y Rodes, 2005). Es esencial valorar los riesgos derivados de situaciones en que la persona no puede soportar el dolor y la desorganización y deciden acabar con sus vidas (Gozalo, 1996); de ellos debe encargarse un especialista en conducta suicida.

Tabla 3: Pautas de Manejo Suicida en un Accidente de Tráfico.

- » En zonas de difícil acceso (Rotger, 1999) dejar que las personas más preparadas para ello realicen la primera intervención, hasta que la seguridad esté garantizada.
- » Priorizar las acciones directas para evitar el suicidio. Evitar activamente la consumación del suicidio (Rotger, 1999).
- » Acercamiento progresivo a la víctima (Muñoz, 1999). Si se realiza inadecuadamente se puede dificultar el abordaje posterior, ya de por sí complicado.
- » Invitarle a bajar del coche por sí mismo/a (si es posible); sino se puede aprovechar un momento de distracción para sacarla del coche; esta tarea se lleva a cabo mejor entre varias personas.
- » Evitar oportunidades de consumir el intento autolítico (quitar las llaves del coche, asegurar el vehículo para que no comience a circular de manera inesperada, alejar de la persona objetos peligrosos cortantes o contundentes).
- » Entrevistarle en ausencia de agravantes de la crisis (Muñoz, 1999) (familiares, pareja, amigos...).
- » Hablar abiertamente del tema del intento de suicidio, sin evitarlo, pero no dar sermones ni hacer juicios de valor (Lillo y Hernández, 2004).
- » Preguntar. Es una de las estrategias de prevención más importantes (Ayala y cols., 2005).
- » Escuchar sus razones, tolerar sus muestras de dolor y sus ideas de muerte, reflexionar con la persona estas últimas (Lillo y Hernández, 2004).
- » Investigar consumo asociado de tóxicos. Puede haber consumido una gran cantidad de psicofármacos previo al AT, por si uno de los dos métodos fallaba.
- » Explorar las motivaciones que le han conducido a esa situación y la búsqueda de alternativas (Rotger, 1999). valorar las distorsiones cognitivas presentes.
- » No darle la razón ante manifestaciones de remordimiento o culpabilidad (Parada, 1999; 2005). Evitar seguir la corriente a la persona ante esas manifestaciones porque estaríamos alimentando esos sentimientos negativos que no favorecen el apoyo psicológico.

- » Invitarle a reconocer lo que ha funcionado bien en su vida y buscar otras alternativas. (Lillo y Hernández, 2004).
- » No dejar a la persona sola, aunque el intento autolítico parezca haberse resuelto satisfactoriamente para el interviniente. Es recomendable (Muñoz, 1999) que en estos casos el psicólogo acompañe al paciente en el traslado, continuando durante el mismo el tratamiento psicológico urgente.
- » Usar el sentido del humor de manera muy limitada porque puede ser malinterpretado y romper una relación terapéutica ya iniciada (Acinas, 2006b).

Cuando se avisa a los familiares, o si han presenciado la conducta suicida, pueden aparecer sentimientos de culpa entre éstos (García Resa y Braquehais, 2003), porque creen que podían haberlo evitado (sobre todo cuando la víctima había comunicado sus intenciones en alguna ocasión). Por este motivo, familiares o amigos de la víctima pueden ser también objeto de atención psicológica.

Conclusiones

La detección precoz de algunas situaciones asociadas al accidente de tráfico, como un intento de suicidio enmascarado, facilita su manejo adecuado desde los primeros momentos y tiene un impacto positivo en la evolución de la persona.

La formación de los primeros intervinientes en aspectos básicos y generales, de actuación psicológica en AA.TT. en los que surjan indicios de ansiedad y/o suicidio, facilita una asistencia eficaz e integral en estas situaciones, favorecería la intervención posterior especializada de otros profesionales y minimizaría el malestar psicológico de víctimas, testigos, familiares y allegados.

La actuación ante manifestaciones claras de ansiedad por experimentación directa o vicaria de un accidente de tráfico, es más sencilla de llevar a cabo, que en el caso de un suicidio, y los beneficios comienzan apreciarse a corto plazo.

Algunas reacciones de ansiedad, como las asociadas a la visión de sangre o de otras personas sufriendo requieren un abordaje diferente, incluso opuesto al de las reacciones de ansiedad convencionales.

La actuación ante un intento de suicidio asociado a un accidente de tráfico requiere altas dosis de prudencia, así como una observación previa minuciosa, para detectar elementos sutiles relacionados con el intento de suicidio y cerciorarse del tipo de conducta.

Sería recomendable el incremento de investigaciones, publicaciones y foros de debate profesionales, para perfeccionar la asistencia psicológica ante AA.TT.

La implantación de un protocolo de actuación psicológica coordinado, para AA.TT., con áreas susceptibles de intervención, facilitaría las tareas de atención psicológica.

Referencias Bibliográficas

- » Acinas, M.P. (2006a) Reacciones y factores psicológicos en Accidentes de Tráfico. Rev APySAM, 9 (4), 25-30, (169-174).
- » Acinas, M.P. (2006b) *Intervención psicológica en Accidentes de tráfico*. Rev Psiquiatría Fac. Med. Barna, 33 (1), 15-22.
- » Alexander, D.A. (1999) The presentation of adult symptoms. En E.J., Hickling & Blanchard EB. *Road traffic accidents & Psychological trauma. Current understanding, treatment and law*. Oxford (UK): Elsevier Science Ltd.
- » Arango, S., Cardona, D. y Alviar, J.F. (2003). Lineamientos teóricos del acompañamiento psicosocial en desastres. Una mirada desde la resiliencia. Pereira (Colombia): Lucero. 2003.
- » Arranz Estévez, F.J. (1998). Epidemiología de la conducta suicida. En S. Ros Montalbán (coord), *La conducta suicida*. Madrid: Arán.
- » Ayala, G., Martí, J.B., Pérez, M.T. y Rodes, F. (2005). El médico de cabecera y el suicidio. *Psiquiatría y Atención Primaria*, 1, 23-27.
- » Blanchard, E.B. & Hickling, E.J. (2004). *After the crash. Psychological Assessment and Treatment of survivors of Motor Vehicle Accidents*. Washington (USA): American Psychological Association.
- » Borda, M. (2001). Hematofobia: sincronía en el triple sistema de respuestas. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 6 (3), 179-196.
- » Cano, J., Gala, F.J., Lupiani, M., Guillén, C., Roa, J.M. y Lupiani, M. (2004). Consecuencias psicopatológicas de las catástrofes y desastres: el síndrome de estrés postraumático. *Psiquis*, 25 (1), 4-11.
- » Fernández Peces, P. (1998). Una niña de nueve años afectada por accidente de tráfico. En V Jornadas de Orientación Familiar. Madrid: MAPFRE Medicina.

- » García Resa, E. y Braquehais, M.D. (2003). El paciente suicida. En A. Chinchilla (Coord.) Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson.
- » Gozalo, M. (1996). La intervención en crisis: planteamientos básicos e introducción a los modelos. *Clínica y Análisis Grupal*, (72), 215 -234.
- » Lillo, A. y Hernández, C. (2004). *Ha intentado suicidarse*. En A. Márquez (Coord.) *La familia ante momentos difíciles*. Comunidad de Madrid. Consejería de Familia y Asuntos Sociales, 114-117. URL Disponible en: (11 de abril de 2005).
- » www.madrid.org/cservicios-sociales/dg_familia/moment_dif_05.pdf
- » López, A., Urkía, C. y Rodrigo, J. (Eds.) (2003). Servicios preventivos. Modulo III: Primeros auxilios psicológicos y apoyo humano. Manual del monitor. Madrid: Cruz Roja Española.
- » Madrid, J. (2005). Los procesos de la relación de ayuda. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- » Mayou, R. (1999). Medical, social and legal consequences. En E.J. Hickling & E.B. Blanchard. *Road traffic accidents & Psychological trauma. Current understanding, treatment and law*. Oxford (UK): Elsevier Science Ltd.
- » Maris, R. (1992). The relationship of nonfatal suicide attempts to completed suicides. In R. Maris, A. Berman, J. Maltzberger y R. Yufit (Eds), *Assessment and prediction of suicide*. New York: Guilford.
- » De Miguel, A y Muñoz, F.A. (1998). Aspectos conceptuales de la intervención en crisis. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna*, 25(6), 177-182.
- » Montoso, L., Carbonell, E., Sanmartín, J. y Tortosa, F. (1995). *Seguridad vial: del factor humano a las nuevas tecnologías*. Madrid: Síntesis.
- » Muñoz, F.A. (1998). Atención psicológica extrahospitalaria de las crisis de angustia: Panic Attack. *Anales Psiquiat*, 7, 311-313.
- » Muñoz, F.A. (1999). Intervención Psicológica en el suicida extrahospitalario. *Psiquis*, 20 (5), 203-206.
- » Navío, M., Leira, M. y Quintero, F.J. (2003). Urgencias psiquiátricas en situaciones especiales. D- Paciente en crisis. En: A. Chinchilla. (Coord.) Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson.
- » Nevado, M., Losada, D., Martínez, R., Hernández – Coronado, A., Fouce, G. y Lillo, A. (1998). Valoración de la calidad de un servicio de intervención en emergencias cotidianas de una gran ciudad española, con respecto a accidentes de tráfico. *Clínica y Salud*, 2, 489-508.

- » Parada, E. (1998). Psicología aplicada al salvamento y socorrismo. En J. Palacios, O. Iglesias, J. Zañafón, G. Angueira y E. Parada. *Salvamento Acuático, Salvamento Deportivo y Psicología*. (3ª ed). Coruña: Xaniño.
- » Parada, E. (1999). Comunicación con el accidentado durante acciones de salvamento, rescate y primeros auxilios. En J.M. Fernández Millán. Manual práctico de apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- » Parada, E. (2005). Comunicación con el accidentado durante acciones de salvamento, rescate y primeros auxilios. En J.M. Fernández Millán (Coord.). Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Madrid: Pirámide.
- » Ramos, R. (2005). Técnicas psicológicas de intervención temprana en un desastre. En J.M. Fernández Millán (Coord.) Apoyo psicológico en situaciones de emergencia. Madrid: Pirámide.
- » Rivas, J., Mora, E., Ugas, L., Casaus, P., Puigdevall, M., Peña, J. y García, X. (2002). Intervención psicológica y psiquiátrica en emergencias. Propuesta de un modelo de actuación. *Rev Psiquiatría Fac Med Barn*,. 29 (4), 241 – 248
- » Robles, J.I. y Medina, J.L. (2002). *Intervención psicológica en catástrofes*. Madrid: Síntesis.
- » Rubin, B. y Bloch, E.L. (2001) Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- » Rotger, D. (1999). La preparación psicológica del bombero y otros miembros de grupos de rescate. Su aceptación al estrés y los primeros auxilios psicológicos a víctimas. *MAPFRE Seguridad*, nº 74. Segundo trimestre.
- » San Juan, C. (Ed.) (2001). Catástrofes y ayuda de emergencia. Estrategias de evaluación, prevención y tratamiento. Barcelona: Icaria – Antrazyt.
- » Slaikeu, K.A. (1999). Intervención en crisis: Manual para la práctica y la investigación (2ª edición). México: El Manual Moderno.
- » Valero, S. (2002) *Psicología en emergencias y desastres*. Lima (Perú): San Marcos.
- » Vega, M., y Jiménez, L. (2003) Trastornos de ansiedad. En A. Chinchilla. (Coord.) Manual de urgencias psiquiátricas. Barcelona: Masson.

RESILIENCIA, HERRAMIENTA PARA EL DESARROLLO HUMANO

Leal L. (1), Leal I. (2), Padilla D (3).

(1) Psicóloga Práctica privada. Madrid

(2) Psiquiatra. Hospital del Mar. Barcelona.

(3) Psicólogo Interno Residente. H. Valle Hebrón. Barcelona.

"No hay nada permanente excepto el cambio"

Heráclito

Introducción

¿Cómo son capaces algunas personas de sobreponerse y enfrentar la adversidad de un modo constructivo?

La resiliencia es uno de los procesos más estudiados en la actualidad debido a los beneficios que aporta a la adaptación y desarrollo humano. En este trabajo queremos exponer sus claves y las acciones que la favorecen.

¿Qué es la resiliencia?

El término resiliencia hace referencia a "la capacidad que tienen algunos cuerpos para volver a su forma original después de haber sido comprimido, doblado o estirado". Este concepto que proviene de la capacidad física de algunos elementos se aplica por primera vez al campo de las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de riesgo, se desarrollan Psicológicamente sanos y exitosos (Rutter, 1993).

Podemos decir que la resiliencia tiene tres componentes, la capacidad de proteger la integridad frente a la adversidad o amenaza al desarrollo humano, la capacidad de construir competencias vitales positivas pese a las circunstancias adversas y el proceso considerado como aquellos mecanismos emocionales, cognitivos y socioculturales que influyen sobre el desarrollo humano. El concepto de resiliencia en los seres humanos es la capacidad para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas (Groterberg, 1996).

Los siete pilares de la resiliencia

La teoría del desafío y los siete pilares de la resiliencia (Wolin, 1999), se enmarca en las primeras investigaciones realizadas sobre este tema. Enunciamos las cualidades de las personas resilientes y sistemas de apoyo que predicen el éxito persona y social (Wolin, 1999), introducen un cambio en el enfoque de las investigaciones, centradas hasta entonces en buscar los factores de riesgo.

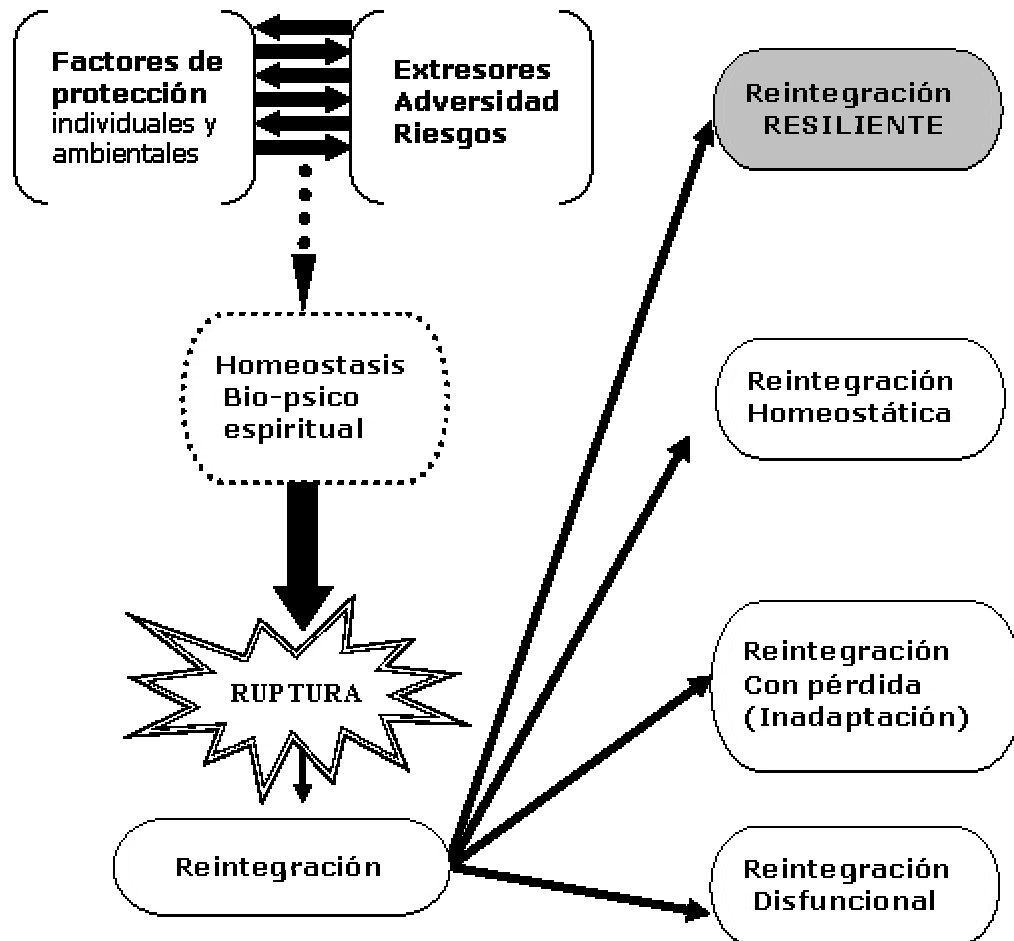
1. Introspección	Capacidad de preguntarse a uno mismo y darse una respuesta honesta.
2. Independencia	Capacidad de saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas sin caer en el aislamiento
3. Capacidad de relacionarse	Capacidad de establecer lazos con otros para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a los otros
4. Iniciativa	Gusto por exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más complejas
5. Humor	Encontrar lo cómico en la propia tragedia.
6. Creatividad	Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
7. Moralidad	Consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a toda la humanidad y capacidad de comprometerse con valores (Sobre todo a partir de los 10 años)

La resiliencia como proceso

La resiliencia como proceso se enmarca dentro del modelo ecológico- transnacional (Bronfenbrenner, 198) que implica la relación dinámica entre factores de riesgo y de protección personal, familiar y social permitiendo al individuo superar la adversidad. El individuo sale fortalecido después de una situación de adversidad poniendo en marcha sus capacidades emocionales, cognitivas y sociales para alcanzar una vida mas significativa y grata.

Richardson (1990) propone un modelo de resiliencia centrado en el proceso y la teoría del aprendizaje en el que interactúan los factores individuales y ambientales para amortiguar la adversidad. La noción

del proceso implica la relación dinámica entre factores de riesgo y de protección que permite al individual superar la adversidad.



(Figura 1.1. El Modelo de Resiliencia de Richardson, Neiger, Jenson y Kumpfer, 1990).

Según como afrontemos la crisis la reintegración puede ser de cuatro formas posibles sin que necesariamente conduzca a la disfunción.

La reintegración resiliente: cuando se produce un crecimiento después de la crisis.

La reintegración homeostática: cuando se vuelve a la homeostasis pero sin fortalecimiento ni crecimiento personal.

La reintegración con pérdida: Se produce cuando el sujeto tiene motivación para producidos por las demandas de los movimientos de la vida.

La reintegración disfuncional: Se produce cuando el sujeto comete acciones destructivas para el mismo o para los demás.

La resiliencia requiere la integración de factores resilientes provenientes de los siguientes niveles (Grotberg, 2000) que clasifiqué en 4 categorías¹: **Yo tengo** (apoyo, soporte social), **Yo soy y Yo estoy** (fortaleza interna), y **Yo puedo** (Adquisición de habilidades personales para la resolución de conflictos).

Categorías de Factores Resilientes (Grotberg, 2000).

Yo Tengo	<p>Personas del entorno en quien confió y me quieren incondicionalmente.</p> <p>Personas que me ponen límites para que aprenda a evitar los peligros o problemas,</p> <p>Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.</p> <p>Personas que quieren que aprenda a desenvolverme sólo.</p> <p>Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.</p>
Yo Soy	<p>Una persona por la que otros sienten cariño y aprecio.</p> <p>Feliz cuando hago algo bueno por los demás y les muestro mi afecto.</p> <p>Respetuoso de mi mismo y de mi prójimo.</p>
Yo Estoy	<p>Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.</p> <p>Seguro de que todo saldrá bien.</p> <p>Hablar sobre cosas que me asustan o me inquietan.</p> <p>Buscar la manera de resolver los problemas.</p> <p>Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.</p> <p>Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar.</p> <p>Encontrar a alguien que me ayude cuando lo necesito.</p>

[1] En el trabajo original en inglés eran 3, ya que el verbo “ser” y “estar” son uno “to be”.

Consejos de la asociación americana de psicología (apa) para fortalecer la resiliencia:

“Establezca relaciones — Es importante establecer buenas relaciones con familiares cercanos, amistades y otras personas importantes en su vida. Aceptar ayuda y apoyo de personas que lo quieren y escuchan, fortalece la resiliencia. Algunas personas encuentran que estar activo en grupos de la comunidad, organizaciones basadas en la fe, y otros grupos locales les proveen sostén social y les ayudan a tener esperanza. Ayudar a otros que le necesitan también puede ser de beneficio para usted.

Evite ver las crisis como obstáculos insuperables — Usted no puede evitar que ocurran eventos que producen mucha tensión, pero sí puede cambiar la manera como los interpreta y reacciona ante ellos. Trate de mirar más allá del presente y piense que en el futuro las cosas mejorarán. Observe si hay alguna forma sutil en que se sienta mejor, mientras se enfrenta a las situaciones difíciles.

Acepte que el cambio es parte de la vida — Es posible que como resultado de una situación adversa no le sea posible alcanzar ciertas metas. Aceptar las circunstancias que no puede cambiar le puede ayudar a enfocarse en las circunstancias que sí puede alterar.

Muévase hacia sus metas — Desarrolle algunas metas realistas. Haga algo regularmente que le permita moverse hacia sus metas, aunque le parezca que es un logro pequeño. En vez de enfocarse en tareas que parecen que no puede lograr, pregúntese acerca de las cosas que puede lograr hoy y que le ayudan a caminar en la dirección hacia la cual quiere ir.

Lleve a cabo acciones decisivas — En situaciones adversas, actúe de la mejor manera que pueda. Llevar a cabo acciones decisivas es mejor que ignorar los problemas y las tensiones, y desear que desaparezcan.

Busque oportunidades para descubrirse a sí mismo — Muchas veces como resultado de su lucha contra la adversidad, las personas pueden aprender algo sobre sí mismas y sentir que han crecido de alguna forma a nivel personal. Muchas personas que han experimentado tragedias y situaciones difíciles, han expresado tener mejoría en el manejo de sus relaciones personales, un incremento en la fuerza personal aun cuando se sienten vulnerables, la sensación de que su autoestima ha mejorado, una espiritualidad más desarrollada y una mayor apreciación de la vida.

Cultive una visión positiva de sí mismo — Desarrollar la confianza en su capacidad para resolver problemas y confiar en sus instintos, ayuda a construir la resiliencia.

Mantenga las cosas en perspectiva — Aun cuando se enfrente a eventos muy dolorosos, trate de considerar la situación que le causa tensión en un contexto más amplio, y mantenga una perspectiva a largo plazo. Evite agrandar el evento fuera de su proporción.

Nunca pierda la esperanza — Una visión optimista le permite esperar que ocurran cosas buenas en su vida. Trate de visualizar lo que quiere en vez de preocuparse por lo que teme.

Cuide de sí mismo — Preste atención a sus necesidades y deseos. Interésese en actividades que disfrute y encuentre relajantes. Ejercítese regularmente. Cuidar de sí mismo le ayuda a mantener su mente y cuerpo listos para enfrentarse a situaciones que requieren resiliencia. Formas adicionales de fortalecer la resiliencia le podrían ser de ayuda. Por ejemplo, algunas personas escriben sobre sus

pensamientos y sentimientos más profundos relacionados con la experiencia traumática u otros eventos estresantes en sus vidas. La meditación y las prácticas espirituales ayudan a algunas personas a establecer relaciones y restaurar la esperanza.”

Conclusiones

Los individuos resilientes son aquellos que son capaces de utilizar los factores de protección adecuadamente cuando están expuestos a situaciones de adversidad, aceptando la crisis como una oportunidad para mejorar.

Creemos que el proceso de resiliencia es de gran importancia porque permite potenciar los factores de protección. Consideramos que puede ofrecernos un nuevo enfoque en la metodología de trabajo dejando de centrarnos exclusivamente en los factores de riesgo .

En este momento es necesario seguir investigando como aprender a ser resilientes centrado los trabajos no sólo en el individuo sino también en los grupos.

Bibliografía

- » Manciaux, M. (Comp.) (2003). La resiliencia: Resistir y Rehacerse. Gedisa. Barcelona.
- » Villalba, C. (2004). El concepto de la resiliencia: aplicaciones en la intervención social.
- » Vera Poseck, Beatriz, Carbelo Baquero, Begoña y Vecina Jiménez, M^a Luisa (2006): «La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático», en Papeles del Psicólogo, vol. 27, N° 1. 40-49
- » García Labandal, Livia: Resiliencia: Publicación de la Cátedra de Salud Pública de la Facultad de Psicología (UBA), Buenos Aires, 2002.
- » Grotberg, Edith y Suarez Ojeda, Elbio N.: Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano; Fundación Bernard Van Leer, La Haya, 1996.
- » Kotliarenco, María A. Y Dueñas, Verónica; Vulnerabilidad versus resilience: una propuesta de acción educativa; MAK Consultora, Santiago de Chile, 1996.
- » Luthar, Suniya y Cichetti, Dante; El concepto de resiliencia; Columbia University, 1996
- » Quintero Velásquez, Angela M.; La resiliencia: un reto para el trabajo social; UNER (Facultad de Trabajo Social), 2000.

RESEÑA DEL LIBRO “ASISTENCIA PSICOLOGICA A VÍCTIMAS: PSICOLOGÍA PARA BOMBEROS Y PROFESIONALES DE LAS EMERGENCIAS”

Natxu Brunet

Una de las mejores características de las personas que ocupamos nuestra jornada laboral (y en ocasiones incluso el tiempo libre) en ayudar a los demás, sea cual sea el puesto o perfil concreto, es la permanente demanda sobre nuestra formación.

Entiéndase bien, no me refiero a que la intervención social se lleve a cabo con personal mal formado, al contrario, tenemos la suerte de que salvo contadas excepciones (de todo hay en la viña del señor) los profesionales de las emergencias muestran en su quehacer diario una envidiable calidad.

Pero ocurre que generalmente se demanda más. Todos buscan, reclaman y acuden a jornadas, seminarios, cursos o materiales que les ayuden a mejorar su competencia profesional. Nuevas técnicas, nuevas tendencias, nuevos materiales, mejoras que se aplican a diario sobre el objeto de su jornada laboral, nada menos que la integridad de otras personas.

La psicología de emergencias, se encuentra en ese sentido en un momento de incipiente reconocimiento entre los servicios con más larga tradición y arraigo en el mundo de la emergencia social. Puede que el termino incipiente sorprenda a los que han visto crecer esta nueva especialidad. Hoy en día empezamos a contar con una experiencia respetable y paso a paso se acierta y se yerra con el consiguiente crecimiento que supone, así pues, la psicología de las emergencias tienen andado un buen trecho. Sin embargo, el recorrido es largo y en comparación con otras especialidades, seguimos, no ya en pañales pero si en el “ciclo inicial”.

Precisamente por todo ello, me parece muy oportuna la publicación del manual de mi excelente colega y mejor amigo Ferran Lorente i Gironella, con el que comparto el honor de dirigir Cuadernos de Crisis. Estamos en presencia de un texto eminentemente practico, de innegable utilidad que cumple con el objetivo de contribuir a la reflexión y ayuda a la comprensión del desempeño profesional en cuanto a la psicología de emergencias, aún gran desconocida. Su formato responde al deseo de Lorente de ofrecer una herramienta de consulta ágil, que se pueda tener a mano y resuelva problemas con los que el bombero se encuentra casi cotidianamente. Todo ello a través de un lenguaje sin excesos de tipo técnico, lo que lo hace asequible a cualquier tipo y nivel de interviniente. Al mismo tiempo, el contenido resulta adecuado, no solo a bomberos, sino a cualquier persona que se relacione con las emergencias. El bagaje profesional de Ferran Lorente lo hace acreedor de una altísima confianza en cuanto a los temas que aborda. Añadido a su dilatada experiencia como bombero, le avalan no solo sus anteriores textos, al mismo tiempo aporta su experiencia en multitud de intervenciones que se remontan ya a más de una década en el campo de la psicología de emergencias e intervención en crisis.

TÍTULO: Asistencia psicológica a víctimas: psicología para bomberos y profesionales de las emergencias

AUTOR: Ferran Lorente i Gironella

EDITORIAL: Aran (Madrid)

AÑO: 2008

Disponible en: <http://www.grupoaran.com/WEB/ediciones/libros/001.asp?IESP=18>

Primera Parte: La asistencia psicológica a las víctimas

1. Las víctimas

1. Concepto de víctima
2. Reacciones ante un incidente crítico
3. Fase inicial o de impacto
4. Fase de reacción
5. Fase de reorientación, la resiliencia o la capacidad de remontar en la vida
6. Consecuencias de ser víctima
7. Cómo sabemos si una persona puede ser vulnerable a la crisis
8. Enfoques teóricos en asistencia a víctimas
9. Primeros auxilios psicológicos vs. intervención en crisis

2. Los primeros auxilios psicológicos

1. Introducción
2. Objetivos, definición y efectos
3. Herramientas, técnicas y estrategias
4. Pautas generales de atención a víctimas
5. En el trayecto y la intervención
6. Pautas para una interacción humanitaria
7. Pautas para interaccionar con grupos
8. ¿Hacia dónde ayudamos a andar?

3. Intervención en incidentes críticos con poblaciones específicas

1. Introducción
2. Extranjeros
3. Según el momento del ciclo vital
4. Con personas afectadas por trastornos mentales

4. Intervención ante intentos autolíticos

1. Intentos autolíticos
2. Consideraciones generales
3. Según la ubicación
4. Según el tipo de suicida
5. Situaciones de abuso o maltrato
6. Autólisis consumada

5. Intervención ante diversas situaciones concretas

1. Según estados psicológicos
2. Consumo de sustancias
3. Comunicación de malas noticias
4. Ver o no ver al fallecido
5. Acompañamiento en la identificación de cadáveres
6. Acompañamiento a los familiares en búsquedas de desaparecidos

Segunda Parte: El bombero como víctima

6. Riesgos psicológicos del bombero, el estrés

1. Los bomberos también lloran
2. El estrés del bombero y sus diferentes tipos
3. Síndrome General de Adaptación (SGA)
4. El estrés en el parque
5. Las respuestas de lucha o huida
6. Cómo afecta el estrés a nuestra conducta en un siniestro
7. Qué efectos tiene el estrés sobre nuestro pensamiento
8. Qué efectos tiene el estrés a largo plazo
9. El estrés y la ansiedad, ¿son la misma cosa?
10. ¿Es normal tener ansiedad?
11. Ansiedad, miedo y pánico

7. Gestión del estrés

1. Cómo podemos enfrentarnos al estrés
2. Antes de que el estrés aparezca
3. Que hacer mientras sufrimos estrés agudo
4. Qué hacemos con el estrés crónico
5. La relajación progresiva de E. Jacobson
6. La auto-hipnosis
7. Las fobias del bombero y cómo abordarlas
8. El bombero quemado o el burn-out

8. Situaciones traumáticas y estrés postraumático. su gestión y elaboración

1. Situaciones traumáticas
2. Gestión psicológica de las situaciones traumáticas, el debriefing
3. Qué es el defusing
4. Fatiga de compasión o depresión vicaria
5. Los Trastornos por Estrés Postraumático
6. Los programas de gestión del estrés
7. Cuándo debemos pedir ayuda psicológica profesional

9.- Bibliografía consultada

Cuadernos de **CRISIS**

La Revista Semestral de la Psicología de las Emergencias y de la Intervención en Crisis

<http://www.cuadernosdecrisis.com>

direccion@cuadernosdecrisis.com