

Atención psicosocial en emergencias

Teresa Pacheco Tabuenca (coord.)

Eva Garrosa Hernández

Esther López Valtierra

José Ignacio Robles Sánchez



Atención psicosocial en emergencias

Evaluación e intervención en situaciones críticas

Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los

derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arts. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

Atención psicosocial en emergencias

Evaluación e intervención en situaciones críticas

Teresa Pacheco Tabuenca (coord.)

Eva Garrosa Hernández

Esther López Valtierra

José Ignacio Robles Sánchez



Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

**© Teresa Pacheco Tabuenca (coord.)
Eva Carrosa Hernández
Esther López Valtierra
José Ignacio Robles Sánchez**

**© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>**

ISBN: 978-84-995871-8-9

índice

Introducción

PARTE I

PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS: ORIGEN, OBJETIVOS Y FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1. *Orígenes y actualidad de la Psicología de emergencias*

J. I. Robles Sánchez

- 1.1. Antecedentes históricos de la Psicología de emergencias
- 1.2. Evolución teórica del concepto de crisis
- 1.3. Fundamentos teóricos de la intervención en crisis
- 1.4. Colaboración entre salud mental y medicina de emergencias
- 1.5. Integración de la asistencia sanitaria y psicosocial en emergencias
- 1.6. Objetivos y funciones de la intervención psicosocial inmediata de emergencias
- 1.7. Modelos de intervención psicológica de emergencia en diferentes países
- 1.8. Función preventiva en salud pública
- 1.9. Conclusiones

P ARTE II

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL INMEDIATA EN SITUACIONES ESPECÍFICAS

2. *Evaluación, intervención y seguimiento post-incidente*

J. I. Robles Sánchez y T. Pacheco Tabuenca

- 2.1. Estrategias de evaluación e intervención basadas en la evidencia
 - 2.1.1. *Evaluación multimodal*, 2.1.2. *Contexto de apoyo*,
 - 2.1.3. *Intervenciones psicosociales preventivas inmediatas*,
 - 2.1.4. *Intervenciones psicosociales curativas inmediatas*,
 - 2.1.5. *La organización*
- 2.2. Población diana de la intervención en crisis
- 2.3. Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)
- 2.4. Seguimiento de afectados tras una situación crítica
- 2.5. Conclusiones

3. *Accidente de tráfico*

E. López Valtierra y T. Pacheco Tabuenca

- 3.1. Características específicas del escenario
 - 3.1.1. *Medidas de autoprotección para los profesionales*
 - 3.2. Intervención psicosocial inmediata tras un accidente de tráfico
 - 3.2.1. *Intervención psicosocial con víctimas directas*,
 - 3.2.2. *Intervención psicosocial con víctimas indirectas*
 - 3.3. Conclusiones
- Caso práctico

4. *Agresión sexual*

E. López Valtierra

- 4.1. Violencia sexual: conceptos básicos
 - 4.1.1. *Definición y tipología de violencia sexual*
 - 4.2. Mitos sobre la violencia sexual
 - 4.3. Tipos de agresores sexuales
 - 4.4. Procesos de intervención en casos de agresión sexual
 - 4.4.1. *Procesos implicados tras una agresión sexual*
 - 4.5. Atención psicosocial de emergencias en casos de agresión sexual
 - 4.5.1. *Actitud del interviniente ante la víctima*, 4.5.2. *Pautas de intervención inmediata*, 4.5.3. *Orientación a familiares*
 - 4.6. Conclusiones
- Caso práctico

5. *Crisis suicidas*

T. Pacheco Tabuenca

- 5.1. Aspectos básicos de la conducta suicida
 - 5.1.1. *Conceptualización y diferenciación a través de la historia,*
 - 5.1.2. *Clasificación del acto suicida,*
 - 5.1.3. *Epidemiología: problema grave de salud pública,*
 - 5.1.4. *Epidemia social y contagio: el efecto Werther,*
 - 5.1.5. *Factores de riesgo y factores protectores de la conducta suicida,*
 - 5.1.6. *Valores, creencias y mitos sobre la conducta suicida*
 - 5.2. Intervención en crisis suicidas: de la ideación a la consumación
 - 5.2.1. *Intervención telefónica en crisis suicidas,*
 - 5.2.2. *Intervención en ideación o comunicación suicida in situ,*
 - 5.2.3. *Intervención en conducta suicida en curso*
 - 5.3. Suicidio consumado: intervención con los supervivientes
 - 5.3.1. *Repercusiones del acto autodestructivo en el entorno,*
 - 5.3.2. *Posvención de emergencias*
 - 5.4. Conclusiones
- Caso práctico

6. *Maltrato y abuso sexual infantil*

E. López Valtierra

- 6.1. Marco de protección y promoción de la infancia
 - 6.2. Marco conceptual del maltrato y abuso en la infancia y en la adolescencia
 - 6.2.1. *Conceptos relacionados con el maltrato infantil,*
 - 6.2.2. *Mitos sobre el maltrato infantil*
 - 6.3. Tipos de maltrato infantil
 - 6.4. Contexto del maltrato infantil
 - 6.4.1. *Características de la familia y del agresor,*
 - 6.4.2. *Actitud, comportamiento y consecuencias en un menor maltratado*
 - 6.5. Intervención psicosocial desde la emergencia extrahospitalaria en maltrato infantil
 - 6.5.1. *Detección y notificación de maltrato infantil*
 - 6.6. Conclusiones
- Caso práctico

7. *Maltrato a mayores*

E. López Valtierra

- 7.1. Marco legislativo
- 7.2. Marco conceptual del maltrato a mayores

- 7.2.1. *Definición de maltrato a mayores*, 7.2.2. *Clasificación de contextos de maltrato a mayores*, 7.2.3. *Actitud, comportamientos y consecuencias del maltrato en el mayor*
- 7.3. Tipos de maltrato a mayores
- 7.4. Intervención psicosocial desde el área de emergencias
 - 7.4.1. *Detección y notificación de maltrato al mayor*
- 7.5. Conclusiones
- Caso práctico

8. *Comunicación de malas noticias y apoyo temprano en el duelo*

T. Pacheco Tabuenca

- 8.1. Reacciones ante la comunicación de una mala noticia
 - 8.1.1. *Influencia del bagaje personal y actitudinal del profesional*,
 - 8.1.2. *Acogida de la noticia*
- 8.2. Variables involucradas en el enfrentamiento
 - 8.2.1. *Ciclo vital*, 8.2.2. *Habilidades y recursos de afrontamiento del doliente*
- 8.3. Proceso de comunicación de malas noticias
 - 8.3.1. *Estrategias comunicativas establecidas por los profesionales*,
 - 8.3.2. *Modelo de actuación*, 8.3.3. *Situaciones específicas*
- 8.4. Apoyo temprano en duelo
- 8.5. Conclusiones
- Caso práctico

9. *Accidente de múltiples víctimas*

T. Pacheco Tabuenca

- 9.1. Aspectos generales de los accidentes de múltiples víctimas
 - 9.1.1. *Definición y aspectos generales*, 9.1.2. *Respuesta adecuada a un accidente de múltiples víctimas*, 9.1.3. *Zonificación*,
 - 9.1.4. *Clasificación de pacientes*
- 9.2. Intervención psicosocial en accidentes de múltiples víctimas
 - 9.2.1. *Objetivos y áreas de intervención*, 9.2.2. *Fase de reparación y recuperación tras un accidente de múltiples víctimas*
- 9.3. Conclusiones

PARTE III

10. *Principales riesgospsicosociales en los intervinientes*

E. Garrosa Hernández

- 10.1. Estrés traumático secundario
- 10.2. Desgaste profesional o *burnout*
- 10.3. Principales problemas asociados a los riesgos psicosociales
- 10.4. Conclusiones

11. *Prevención de riesgos psicosociales con intervinientes: buenas prácticas para el autocuidado*

E. Garrosa Hernández

- 11.1. Actuaciones preventivas: evaluación y formación
 - 11.1.1. Fase didáctica de los riesgos psicosociales en emergencias, 11.1.2. Desarrollo de perfiles de los riesgos psicosociales, 11.1.3. Identificación y observación de los síntomas*
 - 11.2. Estrategias de afrontamiento y ajuste de expectativas profesionales
 - 11.3. Identificación de los factores protectores
 - 11.3.1. Desarrollo de recursos emocionales de resistencia,*
 - 11.3.2. Creación del sentido y adaptación al estrés*
 - 11.4. Experiencias de recuperación
 - 11.5. Redes de apoyo profesional
 - 11.6. Conciliación de la vida laboral y la vida personal
 - 11.7. Asistencia psicológica individualizada o en grupo
 - 11.8. Conclusiones
- Caso práctico

Anexo

Nota bibliográfica

Introducción

¿Qué es la psicología de emergencias? ¿Para qué sirve y qué objetivo tiene? Estas son preguntas a las que he tenido que responder en numerosas ocasiones a lo largo de mi trayectoria profesional, y que sin duda alguna es el objetivo último del libro que usted tiene en sus manos.

La psicología de emergencias a pesar de ser una rama desconocida para muchos, no es un área creada en los últimos años. Freud hacía referencia a ella cuando hablaba de la neurosis de guerra y desarrolló la teoría del trauma. Posteriormente, destacan los estudios de Eduard Stierlin sobre las reacciones de los sobrevivientes de un accidente y de las víctimas del terremoto acaecido en 1908 de Messina (Italia). Pero a quien sin duda se considera el pionero dentro de este campo es a Lindermann, cuyos estudios formaron el cuerpo teórico de la terapia breve intensiva y de urgencia, así como la piedra angular para las teorizaciones subsecuentes sobre el proceso del duelo. Este fue seguido por G. Caplan desarrollando los principales trabajos que existen sobre la intervención en crisis y sentando los principios de la psiquiatría preventiva. Posteriormente, se van dando a conocer investigaciones cuyos resultados exponen que las reacciones de las víctimas no son iguales durante el impacto del evento y tras este, describiendo las diversas reacciones que aparecen en las personas a través de las fases preimpacto, impacto y postimpacto. Será en 1970 cuando la Asociación de Psiquiatría Americana publique un manual de primeros *auxilios psicológicos en casos de catástrofes* donde se describen diversos tipos de reacciones clásicas a los desastres y se exponen los principios básicos de intervención con las personas afectadas en estas situaciones.

En España, la psicología de emergencias comienza a ser conocida mucho más tarde. De hecho, no es hasta principios de la década de los 90 cuando los dispositivos de Protección Civil empiezan a incorporar la atención psicosocial en los planes de actuación ante una emergencia, siendo el desastre del Camping Las Nieves, en Biescas, el punto de partida para el trabajo que se está realizando hasta la actualidad. Pero sin duda, el suceso que ha marcado un antes y un después dentro de la psicología de emergencia extrahospitalaria fue el fatídico 11-M donde se pudo constatar a nivel mundial la importancia de la atención psicosocial en los primeros momentos de un suceso traumático.

En la actualidad, no sólo cobra relevancia la atención psicosocial en catástrofes, desastres o accidentes de múltiples víctimas, sino que se considera necesaria la

intervención multidisciplinar con víctimas directas e indirectas (familiares, amigos y allegados) en sucesos de elevado impacto emocional, "*emergencias psicológicas cotidianas*" que surgen en el día a día y que van a revisarse de manera pormenorizada en este libro. Se expondrán aquellos aspectos básicos de la atención psicosocial, pautas de valoración e intervención que deben ponerse en marcha desde el primer momento y sobre el terreno en situaciones como un accidente de tráfico, tentativa suicida, agresión sexual, maltrato, accidente de múltiples víctimas, etc.

Otro de los aspectos a tratar, será el cuidado de los intervinientes (profesionales y voluntarios), los cuales en su gran mayoría viven por y para su trabajo, es algo vocacional, algo que les hace sentir diferente, que les hace sentir la adrenalina que otros no pueden sentir pero que también conlleva unos riesgos (físicos y psíquicos). La mejor forma de describir lo que se siente, es escuchar la voz del que lo vive en el día a día:

Me gustaría que pudieras comprender el terror de una mujer, a las 3 de la mañana, mientras busco pulso en su marido de 40 años y no lo encuentro. Inicio RCP de todas maneras, esperando traerlo de vuelta, sabiendo intuitivamente que es demasiado tarde. Pero deseando que su mujer y su familia sepan que se hizo todo lo posible para tratar de salvar su vida. Me gustaría que pudieras conocer mis pensamientos mientras ayudo a sacar a una chica de los restos de su coche. ¿Y si fuera mi hermana, mi prima o una amiga? ¿Cuál va a ser la reacción de los padres cuando contesten al teléfono y sea la policía? Me gustaría que pudieras entender el desgaste físico, emocional y mental de las comidas perdidas, el sueño interrumpido y los amigos y actividades sociales abandonadas, además de todas las tragedias que mis ojos han visto.

Me gustaría que pudieras conocer la satisfacción personal que produce el ayudar a salvar una vida, o ser capaz de estar ahí en momentos de crisis, o de crear orden donde sólo había caos total. Me gustaría que pudieras entender lo que se siente al tener a un niño pequeño tirando de la manga y preguntando: "¿Está bien mi mamá?" sin ni siquiera poder ser capaz de mirarle a los ojos sin lágrimas en los tuyos propios, y no saber qué decir. Son sensaciones con las que te familiarizas demasiado. A menos que hayas vivido esta clase de vida, nunca podrás entender o apreciar por completo lo que soy, lo que somos, o lo que nuestro trabajo significa para nosotros (AENCOAL, E. Pérez. *Reflexiones de un médico*).

Por tanto, este libro pretende ser un texto práctico de apoyo y consulta, que sirva como herramienta de ayuda basada en los principios de la intervención en crisis, para todos los grupos asistenciales que puedan encontrarse ante situaciones de la emergencia cotidiana: profesionales de la emergencia (médicos, psicólogos, enfermeros, técnicos en emergencia sanitaria, policías y bomberos), profesionales de atención primaria, servicios de urgencia y salud mental, trabajadores sociales, educadores, terapeutas ocupacionales, cuidadores y de forma extensiva para los estudiantes de Ciencias de la Salud.

Este libro no habría sido posible sin la ayuda en primer lugar de todas las personas que nos han permitido ayudarles a lo largo de estos años, de aquellos que han "creído" en que la salud no sólo es "curar heridas físicas" y que el hombre se compone de algo más (lo psíquico y lo social) y de todos aquellos que han participado de alguna forma en este proyecto (Juan José Alonso, M.^a Carmen Álvarez, Bárbara Bermúdez, Francisco José Gómez-Mascaraque, Carlos Ludeña y Pedro Martín-Barrajón). Gracias a todos.

PARTE I

Psicología de emergencias: origen, objetivos y fundamentos teóricos

1

Orígenes y actualidad de la Psicología de emergencias

"... después de los policías, las ambulancias y los bomberos, ahora llegan puntualmente al lugar del siniestro unos equipos de psicólogos dispuestos a recoger del suelo las almas que también se han roto... "

M. Vicent

El apoyo psicológico a las personas afectadas por las emergencias y desastres surge de la respuesta humana universal de llegar y confortar a aquellos que sufren, protegerles y ayudarles. Aunque la gente ha ofrecido su apoyo solidario a los otros de muchas formas diferentes y en las distintas sociedades y culturas, los programas de apoyo psicológico formal han sido prioritarios e instituidos desde hace no muchos años. Ante la creciente demanda social de la intervención psicológica en respuesta a situaciones de emergencia y desastres, los responsables políticos de muchos países han introducido la figura del psicólogo, o del equipo de salud mental, en los equipos de emergencias sanitarias para responder a las situaciones de crisis que se suelen plantear a diario en una gran ciudad. La intervención psicológica en crisis es pues un campo relativamente nuevo pero que ha causado un impacto social positivo. La estructura de este capítulo tiene un desarrollo histórico y teórico para facilitar la comprensión y formar las bases de la intervención práctica que se desarrollará a lo largo de los siguientes capítulos.

1.1. Antecedentes históricos de la Psicología de emergencias

El término crisis deriva de la palabra griega *krinein* que significa decisión o punto de inflexión. Esta definición de la palabra crisis como una etapa decisiva que tiene

consecuencias importantes para el futuro de una persona o de un sistema, ha sido preservada hasta nuestros días y proporciona el entramado científico para el desarrollo de la teoría y práctica de la intervención en crisis.

El origen de la teoría de la crisis en este campo de actuación se atribuye al ya clásico estudio realizado por Eric Lindemann (1944) sobre las reacciones de duelo. Lindemann informó de la evaluación y el tratamiento de 101 personas en la ciudad de Boston, que habían experimentado la muerte de familiares y amigos, víctimas del fuego en el Coconut Grove Club acaecido dos años atrás, y que acabó con la vida de 493 personas.

Observó que la reacción aguda de duelo era una reacción normal ante una situación anormal y observó que había algunos rasgos característicos que parecían formar un síndrome diferente. Según la teoría de Lindemann, aquellas personas que experimentan reacciones agudas de duelo manifiestan uno o más de los síntomas siguientes: quejas somáticas; preocupación con la imagen del fallecido; sentimientos de culpa; reacciones hostiles y alteración de los patrones conductuales. Algunas veces la persona experimenta crisis de duelo y puede tener reacciones diferidas o distorsionadas. Lindemann también estableció que la elaboración del duelo incluye lograr emanciparse del muerto, reajustarse al entorno en el que el muerto ha desaparecido y la formación de nuevas relaciones. Esta contribución se consideró el punto de partida para desarrollar la teoría de la crisis.

Así mientras que los orígenes de la teoría de la crisis se atribuyen a Lindemann, el trabajo de Gerald Caplan (1964) y sus colaboradores en la Universidad de Harvard proporcionó las bases para el desarrollo de la teoría y práctica de la intervención en crisis. El término "crisis" se introdujo en psiquiatría por Caplan tras considerar la evidencia de que los supervivientes a un trauma severo, como los descritos en el estudio de Lindemann, tuvieron mejores resultados si habían recibido ayuda psiquiátrica inmediata. El interés de Caplan por la crisis fue consecuencia de su trabajo con familias que inmigraron a Israel después de la Segunda Guerra Mundial.

Caplan elaboró varias definiciones de crisis (1964, 1974), considerando que una crisis se provoca cuando una persona enfrenta un problema para el que no tiene una solución inmediata, y durante un tiempo este problema permanece irresoluble con la utilización de los métodos de resolución de problemas que anteriormente habían funcionado. Esta situación produce en el individuo un período de tensión y alteración emocional durante el cual realiza intentos para solucionar el problema. Eventualmente, se logra alguna clase de adaptación y equilibrio que puede dejar a la persona en una situación mejor o peor de la que tenía anteriormente a la crisis. El mismo autor sugiere que el factor esencial para determinar la ocurrencia de una crisis se produce por el desequilibrio entre la dificultad percibida, la importancia de la situación amenazante y los recursos de disposición inmediata que tiene el individuo para afrontarla.

Crisis = desequilibrio entre dificultad percibida, gravedad de la situación amenazante y recursos de disposición inmediata.

De este modo se puede considerar la crisis como una respuesta breve, no patológica,

ante una situación de estrés grave que el sujeto es incapaz de resolver momentáneamente. El término "intervención en crisis" emergió de las respuestas desadaptadas a la crisis para lograr reconvertirlas en estrategias efectivas de afrontamiento y experiencias que sirvieran para aprendizajes futuros.

Una crisis es un estado temporal de perturbación y desorganización, caracterizado por una incapacidad individual para afrontar una situación particular utilizando los métodos habituales de solución de problemas, y por el potencial para un resultado positivo o negativo (ver [cuadro 1.1](#)). El concepto de Caplan sobre la crisis estaba influenciado por las teorías de su tiempo. Se apoyaba en el concepto de enfermedad, en las teorías freudianas y en la teoría general de sistemas sobre la "homeostasis" y el "equilibrio". Pero estas limitaciones iniciales fueron después compensadas por la nueva contribución de Caplan al destacar la importancia de las medidas preventivas que logran el control de la crisis, los apoyos sociales, culturales y materiales necesarios para evitar o resolver una crisis, y su esfuerzo pionero por una aproximación al concepto de salud mental comunitaria frente a la concepción inicial de enfermedad. La intervención precoz puede maximizar el retorno a la normalidad.

Cuadro 1.1. Características de la crisis

-
- La existencia de la crisis se basa en un individuo concreto
 - Los mecanismos habituales de afrontamiento son ineficaces y no funcionan
 - Pueden ser el resultado de acontecimientos tanto positivos como negativos
 - Nadie es inmune a la crisis
 - La crisis está limitada temporalmente
-

1.2. Evolución teórica del concepto de crisis

La definición clásica de Caplan presupone una ruptura del equilibrio emocional de la persona que se produce cuando un individuo encuentra obstáculos en la prosecución de objetivos vitales importantes. Estos obstáculos parecen insalvables, al menos durante un espacio temporal más o menos delimitado, por los métodos tradicionales de resolverlos.

La crisis se convierte en un periodo de transición en la vida del individuo, familia o grupo, representando un punto de inflexión vital, que puede ser percibido como un reto o una amenaza pero que oferta nuevas posibilidades de pérdida o ganancia, "éxito o fracaso", o ambos simultáneamente. La mayor parte de las crisis forman parte del amplio espectro de experiencias normales que cualquier persona puede esperar en su devenir vital, y la mayoría de la gente se recuperará de la crisis sin la ayuda de intervención profesional especializada. Sin embargo, hay crisis que desbordan las fronteras de las experiencias diarias de la persona o superan las estrategias habituales de afrontamiento y que pueden requerir la ayuda del experto para lograr la recuperación y el equilibrio

emocional.

Se han descrito varios tipos de crisis, y seguidamente se van a desarrollar brevemente algunas de ellas:

1. Crisis evolutivas: son las diferentes transiciones entre las etapas vitales que todas las personas atraviesan en su devenir histórico (nacimiento, adolescencia, casamiento, envejecimiento y muerte). Son crisis porque pueden ser periodos de estrés prolongado, sobre todo si falta guía y apoyo en el tránsito. En algunas sociedades primitivas todavía coexiste un sentido de continuidad desde el nacimiento hasta la muerte, sin embargo, en las modernas sociedades occidentales estas fronteras están cada día más borrosas, y el nacimiento y la muerte se experimentan como situaciones clínicas, se nace en un hospital y se muere en un hospital y se hace el duelo en un "aséptico" tanatorio.
2. Crisis situacionales: en algunas ocasiones llamadas crisis accidentales, que son más específicas de la cultura y de situaciones concretas (paro laboral, accidentes de tráfico, separación o divorcio).
3. Crisis complejas: este tipo de crisis no forman parte de la experiencia cotidiana del sujeto por lo que se hace más complicado su afrontamiento. Estas incluyen las que pueden causar un psicotrauma severo (asalto y violencia personal; los desastres, sean naturales o provocados por la mano del hombre, etc.) y las crisis asociadas con la enfermedad mental grave, que pueden incrementar el número de crisis en una persona y hacerla más sensible. Recíprocamente el estrés de una crisis puede precipitar episodios de enfermedad mental en aquellas personas vulnerables.

Las crisis evolutivas, situacionales y las complejas pueden solaparse entre sí y una puede conducir a otra.

Es conveniente no olvidar que una crisis personal no es un trastorno clínico. Sin embargo, una respuesta desproporcionada o prolongada a una crisis puede conducir a un trastorno depresivo o más frecuentemente, según advierten los criterios diagnósticos de la APA, a un trastorno adaptativo mixto, definido como el desarrollo de síntomas clínicos significativos emocionales o conductuales en respuesta a un estímulo psicosocial identificable. El trastorno adaptativo debe distinguirse del duelo y de otras reacciones no patológicas a situaciones de crisis que no interfieren de modo significativo en el funcionamiento social o laboral del individuo.

Estrés no es sinónimo de crisis puesto que todo el mundo afronta el estrés como parte de la condición humana. No todas las experiencias estresantes producen crisis. El mismo tipo de estímulo estresante puede estar ligado a crisis, o incluso a trastornos clínicos, en algunas personas pero no en otras.

Poal revisa las teorías de la crisis hasta 1990. Para esta autora, los años 60 y 70 fueron los periodos de una mayor elaboración de la teoría e intervención en crisis con el desarrollo de los centros de prevención del suicidio (las conocidas como *hot lines* o

líneas calientes), los centros de crisis y otras agencias. Para McGee (1974), se desarrollaron durante este periodo nuevas concepciones de los servicios y se introdujeron innovaciones importantes en el área de la intervención psicológica.

La teoría de la crisis de Caplan se fundamenta en el concepto de homeostasis. Según esta teoría, el organismo se esfuerza constantemente por mantener un equilibrio homeostático con el entorno que le rodea. Cuando este equilibrio se ve amenazado por fuerzas fisiológicas o psicológicas, el individuo se compromete en actividades de solución de problemas diseñadas para restablecer su equilibrio homeostático. Una crisis se considera una alteración de un estado estable u homeostático. Sin embargo, no todos los teóricos del tema aceptan la aplicación del concepto de homeostasis, por ejemplo, Taplin (1971) argumenta que esta acepción limita al hombre a un estado de mero reactor y que el concepto de homeostasis no distingue entre desequilibrio adaptativo y desadaptativo. Por otra parte, cree que el equilibrio homeostático no puede caracterizar de forma efectiva algunos aspectos tan esenciales de la conducta humana como son el crecimiento y el desarrollo personal, el cambio o la actualización. Recomendaba definir el estado de crisis en términos y estados cognitivos en los que la persona en crisis sufre una interrupción temporal en sus procesos cognitivos más allá de una simple reacción ante un estímulo molesto que altera el equilibrio.

En la misma perspectiva cognitiva, Halpern (1973) propone una definición de crisis utilizando la descripción de las dos clases de procesos de evaluación de Lazarus. Según Lazarus (1968), la naturaleza de una respuesta emocional viene determinada por los procesos cognitivos a través de los que se evalúa la configuración del estímulo, esto es, la evaluación de su significado personal. La evaluación primaria se vincula a la amenaza o no amenaza. La evaluación secundaria se vincula con los modos alternativos de afrontar con esa amenaza. Para Halpern, un individuo en crisis es una persona que evalúa una situación determinada como extremadamente amenazante y que, en su evaluación secundaria no encuentra modo alguno de afrontar con su situación. Rapoport (1962, 1967, 1970) siguiendo con las teorías de Lindemann y de Caplan realiza importantes contribuciones a la teoría y práctica de la intervención en crisis. Define una crisis como la alteración de un estado de estabilidad donde un individuo se encuentra a sí mismo en una situación peligrosa. La crisis crea un problema que se percibe como una amenaza, una pérdida o un desafío. Rapoport argumenta que normalmente son tres los factores interrelacionados que producen un estado de crisis: un evento peligroso, una amenaza a los objetivos vitales del individuo y la incapacidad de responder con los mecanismos de afrontamiento adecuados.

Parad (1965, 1966) también adopta la definición de crisis de Lindemann y de Caplan, pero resalta la importancia de la percepción del sujeto de lo que constituye una crisis. Según Parad, la crisis se caracteriza por los fenómenos siguientes: un acontecimiento estresante específico e identificable, la percepción del evento significativa y amenazante, la respuesta al evento, y las tareas de afrontamiento implicadas en una adaptación exitosa. El evento precipitante de la crisis puede percibirse por la persona como una situación que le altera antes de que llegue a convertirse en una crisis.

Pero es importante señalar que la crisis no es el evento peligroso o una situación en sí misma, más bien, es la percepción de la persona, y la respuesta a la situación (Parad, 1971, p. 197).

France (1982) señala que hay una gran variedad de acontecimientos que son potencialmente peligrosos. Incluso acontecimientos que generalmente se toman como positivos pueden llegar a ser molestos si se asocian con ellos. También establece que las reacciones de individuos que enfrentan retos ambientales similares pueden llegar a ser muy diferentes afrontando un acontecimiento peligroso, puesto que la evaluación subjetiva de lo que puede alterar el equilibrio personal implica a la vez a los rasgos de la personalidad del sujeto y a la naturaleza de la situación.

La mayoría de estas definiciones de crisis emergen de la contribución inicial de Lindemann y Caplan, aunque se hayan hecho importantes añadidos y refinamientos posteriores. Todas tienen en común el desequilibrio que se produce en la interacción del individuo con las demandas ambientales y el fracaso momentáneo de los mecanismos de afrontamiento puestos en marcha.

1.3. Fundamentos teóricos de la intervención en crisis

Una emergencia es una situación de amenaza vital que demanda una respuesta in situ. La crisis aparece como una situación problemática que no suele implicar una amenaza vital inmediata pero que necesita resolución rápida.

Si la persona cuenta con recursos suficientes o recibe la ayuda necesaria, la recuperación adaptativa supondría la resolución y el fin de la crisis. Por el contrario si los mecanismos adaptativos fracasan, pueden aparecer síntomas crónicos con persistencia de memorias traumáticas, indefensión futura y dependencia (Martínez Azumendi, 1995).

La comunidad científica reconoce que cualquier persona expuesta a acontecimientos durante los cuales otros individuos pueden morir o ser gravemente afectados en su integridad psicológica o física puede experimentar reacciones con consecuencias potencialmente lesivas. Estas reacciones pueden ser somáticas (físicas), cognitivas (intelectuales), emocionales o conductuales. Pueden ser inmediatas o diferidas.

Se reconocen como reacciones naturales, y frecuentemente remiten con el paso del tiempo. Sin embargo, pueden llegar a hacerse crónicas. Considerar estas reacciones naturales implica que la persona que recibe cuidados a consecuencia de ellas, a priori, es sana y no debe ser tratada como paciente. Sin embargo, hay que destacar que la comunidad científica considera que, sobre la base de los datos evidenciados a través de ensayos aleatorios controlados, la efectividad de la acción psicológica inmediata en cualquier forma puede no ser definitivamente confirmada ni rechazada.

Una característica importante de las reacciones en crisis es su limitación temporal. La mayor parte de ellas se resuelven para mejor o peor en seis u ocho semanas. Como señaló Lindemann la conducta en crisis es única, y se relaciona principalmente con la crisis y no excesivamente con la personalidad premórbida del sujeto que la experimenta,

es por ello que el resultado de la crisis no viene determinado por sus factores antecedentes, como podrían ser la naturaleza del problema, la personalidad o las experiencias del individuo, aunque estos factores tienen una importante influencia en el resultado. Lo que ocurre en la situación actual depende de la interrelación de las fuerzas internas y externas durante la crisis, las acciones del sujeto y la intervención de los otros. Durante la crisis el individuo experimenta un fuerte deseo de ser ayudado por los demás y está más abierto y es más susceptible a una intervención externa que cuando se encuentra en una situación de estabilidad (Caplan, 1964).

La gran incidencia de las llamadas neurosis traumáticas en la Segunda Guerra Mundial creó la necesidad a los servicios psicológicos de resolver las necesidades de aquellos soldados que experimentaban neurosis relacionadas con el estrés de combate. Tras los no muy buenos resultados de experiencias anteriores, el tratamiento se les proporcionó en sus Unidades tan pronto como era posible tras el "estallido" psíquico, y su objetivo principal era el alivio de los síntomas y el retorno a la actividad normal. Los principios de intervención propuestos por Salmon (1919) para su aplicación con los soldados (proximidad, inmediatez, expectativa y sencillez) se han hecho extensivos a la sociedad civil: "Nada puede ser más sorprendente que la comparación entre los casos tratados cerca del frente y aquellos tratados detrás de las líneas... Tan pronto como el tratamiento cerca del frente se hizo posible, los síntomas desaparecieron...". Ewing (1978) definió la intervención en crisis como la aplicación informada y planificada de técnicas derivadas de los principios establecidos en la teoría sobre la crisis, por personas cualificadas a través de la formación y experiencia para comprender estos principios, con la intención de ayudar a sujetos o familias a modificar características personales (los sentimientos, las actitudes y conductas), que se piensa que son desadaptadas o desajustadas. Hafen y Peterson (1982), en una definición menos formalista, se refieren a la intervención en crisis como la forma de primeros auxilios psicológicos destinados a ayudar a un individuo o grupo que experimenta una pérdida temporal de la capacidad de afrontamiento sobre un problema o situación.

Aunque no hay un solo modelo de intervención en crisis, existe un acuerdo general en los principios que deben emplear los especialistas en emergencias para aliviar el estrés agudo de las víctimas, restaurar el funcionamiento previo y prevenir o mitigar las posibles secuelas del trauma psicológico:

- Intervenir inmediatamente: por definición, la crisis es una situación emocionalmente peligrosa en personas con alto riesgo de hacer un mal afrontamiento de la situación. La prioridad es la estabilización de los afectados movilizandolos activamente recursos para establecer el orden y las rutinas. Tal movilización proporciona las herramientas necesarias a los afectados para que comiencen a funcionar de forma independiente.
- Facilitar la comprensión de lo acaecido: otro paso importante en el restablecimiento de los afectados al nivel de funcionalidad anterior a la crisis, consiste en facilitar la comprensión de lo que ha ocurrido. Esto se logra

mediante la recopilación de los hechos sobre lo que ha ocurrido, escuchar a los afectados relatar acontecimientos, fomentando la expresión de emociones difíciles y ayudando que comprendan el impacto de este suceso crítico sobre sus vidas.

- Centrarse en la solución de problemas: ayudar, de forma activa, a los afectados a utilizar los recursos disponibles para recuperar el control es una estrategia importante para el personal de emergencias. Asistencia en la solución de problemas en el contexto para encontrar la alternativa más factible de mejorar el funcionamiento de forma autónoma y autosuficiente. Los estudios indican que los individuos que participan activamente en su propio tratamiento y que desarrollen habilidades efectivas de afrontamiento tienen los resultados más favorables y disfrutan de una mejor calidad de vida. El paradigma de la recuperación se refiere a pacientes como individuos que requieren acomodaciones para desempeñar las tareas para llevar a cabo actividades de la vida, y no como individuos que no puede funcionar debido a una discapacidad (*A Guide to Evidence-Based Practices for Psychiatric Hospitalization, 2008*).

En la actualidad se dispone de varios modelos de intervención en crisis, quizá uno de los más difundidos sea el modelo de Slaikeu (1984). Propone la aplicación de la terapia multimodal de Lazarus (1981) a las situaciones de crisis. Diferencia entre la intervención de primer orden o primera ayuda psicológica y la intervención de segundo orden o intervención en crisis. Este modelo se ha modificado y adaptado en función de las necesidades y de los recursos disponibles (ver [cuadro 1.2](#)).

La intervención en crisis no es un proceso largo e interminable. Las intervenciones de primer nivel son normalmente cortas (de una sola sesión), y podrían ser realizadas por un amplio rango de intervinientes debidamente preparados, su efectividad es mayor en la fase inmediata. De este modo, los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) serían comparables a la Resucitación Cardio Pulmonar (RCP).

Mientras que los tratamientos ortodoxos que se dispensan en el contexto clínico habitual están claramente predefinidos, en el contexto del desastre y de la emergencia las estructuras sociales y los patrones pueden alterarse, puede haber un rápido incremento en el número de personas que precisen de asistencia y los recursos de los servicios psicológicos desbordarse. Por lo tanto la entrega de atención psicológica necesita ser flexible, móvil, creativa y extensiva, mientras que al mismo tiempo sea capaz de priorización. Un enfoque inicial que llegue a toda la comunidad afectada trata de identificar la necesidad de priorizar la atención hacia las personas más vulnerables y hacia aquéllas que tienen alteraciones ya establecidas y, posteriormente, prevenir el malestar generalizado y las futuras alteraciones proporcionando información acerca de la naturaleza y el sentido de las respuestas normales al estrés y qué se puede hacer para afrontarlas con éxito.

Cuadro 1.2. Diferenciación entre primera ayuda psicológica e intervención en crisis

<i>Tipo de Intervención</i>	<i>De primer orden o primera ayuda psicológica</i>	<i>De segundo orden o intervención en crisis</i>
DURACIÓN (criterios de temporalidad)	De varios minutos a algunas horas	De varias semanas a varios meses
PERSONAL QUE LO APLICA	Personas cercanas al sujeto, no profesionales pero con formación específica	Terapeutas entrenados y realizada en ambientes clínicos
OBJETIVOS	Proporcionar apoyo Reducir la letalidad Facilitar el acceso a otros recursos de ayuda	Afrontar el suceso e integrarlo entre las experiencias vitales Disposición para afrontar el futuro Contribuir a la supervivencia física Identificar y expresar los sentimientos y pensamientos, involucrados en la crisis Obtener el control cognitivo Generar nuevos patrones de comportamiento y relaciones interpersonales

En situaciones de emergencia o desastre se pueden proporcionar diferentes niveles de apoyo. En primer lugar, hay un apoyo psicológico general que refleja la respuesta humana a aquellos que han sido afectados. Se han identificado frecuentemente como una parte de los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). En segundo lugar, hay estrategias que

se pueden adoptar en los primeros días y semanas para ayudar a aquellos que están en situación de alto riesgo de desarrollar problemas de salud mental, en reacción a lo que ha sucedido. En este caso el intento puede ser la prevención o la intervención precoz. En tercer lugar, hay estrategias para identificar y tratar a aquellas personas que pudieran desarrollar o presentar trastornos psiquiátricos como secuelas. Estos trastornos pueden ser una exacerbación de los trastornos actuales, o pueden surgir de nuevo, como una consecuencia a la experiencia de una situación crítica.

El apoyo psicológico necesita fundamentarse sobre una comprensión del potencial impacto psicológico, las situaciones de estrés que genera una situación de emergencia y su impacto sobre los individuos, las familias y las comunidades. Las estrategias de apoyo psicológico necesitan ofrecerse de forma que tomen en consideración los diferentes niveles de necesidad, los patrones de impacto, y la viabilidad y adecuación cultural de la respuesta.

El personal apropiado para responder a una emergencia es la policía, los bomberos o los servicios de emergencias médicas sean municipales, autonómicos o estatales, actuando de forma particular o conjuntamente según el tipo de emergencia que se plantee. El objetivo principal de la respuesta inmediata en una emergencia es preservar la vida, proporcionar seguridad física, alejar a la persona de la fuente de peligro y desactivar la violencia física. En una crisis la respuesta inmediata debe ser la evaluación de la crisis y de los sistemas de respuesta disponibles para ponerlos en marcha, y desactivar el estrés y los conflictos interpersonales.

1.4. Colaboración entre salud mental y medicina de emergencias

La integración de los equipos de salud mental en desastres en el ámbito de la medicina de emergencias depende de la colaboración efectiva entre ambos. Sin embargo, hay diferencias identificables. Las dos disciplinas la médica (física) y la salud mental tienen diferentes estilos prácticos que emergen de una educación, formación, terminología, puntos de vista de conceptualización de los problemas, y objetivos de evaluación e intervención divergentes. Para generalizar, los médicos y enfermeros, especialmente en el ámbito de la medicina de emergencias, por lo general trabajan bajo gran presión de tiempo y por necesidad se centran en el triaje, el alivio de síntomas y la estabilización. La evaluación y el tratamiento inherentemente son de naturaleza biológica y se basan en la mejor información obtenida en el momento. Al contrario, los proveedores de cuidados en salud mental trabajan bajo menos presión temporal y se centran en los síntomas referidos por el paciente y en el nivel funcional observado, intentando comprender los problemas bajo una perspectiva biopsicosocial.

Los profesionales de la salud mental tienen que hacer evaluaciones condicionales y dudan poner un tratamiento antes de evaluar en profundidad el problema. Aquellos que tienen formación específica en respuesta en salud mental en emergencias y desastres

comprenden que su papel en el desastre difiere notoriamente de su habitual forma de trabajo. Además la mayoría de los sistemas de triaje en salud mental en la medicina de emergencias están centrados en la intervención en crisis con pacientes psiquiátricos, en oposición a la evaluación y gestión integrada de pacientes con una respuesta a estrés agudo reactiva a un daño traumático por la exposición a una situación crítica o desastre, que son incapaces de afrontar momentáneamente. Esto puede derivar en que los servicios médicos se interroguen sobre la conveniencia y utilidad de la integración de los especialistas en salud mental, no patológica, entre los equipos sanitarios de primera respuesta, pudiendo cuestionar su actuación e incluso su necesidad. La colaboración requiere el desarrollo de un idioma común y un enfoque multidisciplinar sobre la evaluación e intervención. Es preciso que ambos, personal sanitario de emergencias (médicos, enfermeros y técnicos) y los profesionales de la salud mental se adapten a los nuevos roles. El personal sanitario de emergencias se beneficiaría de la educación en los aspectos psicosociales del desastre, el terrorismo, y el daño traumático, incluyendo la teoría, evaluación y gestión de las reacciones agudas al estrés, las estrategias de intervención en crisis, las manifestaciones físicas del estrés, y los síntomas psicológicos/psiquiátricos que plantean temas de diagnóstico diferencial en relación con las enfermedades médicas (p. ej., el pánico).

La formación en escucha activa y la provisión de una breve educación y apoyo deberían estar normalizados en la formación del personal de emergencias. Por otra parte, dado el impacto emocional adverso de los desastres o el terrorismo sobre intervinientes, el personal sanitario se beneficiaría de una formación integral dirigida al autocuidado y a la gestión del estrés. Al mismo tiempo, los profesionales de la salud mental no médicos necesitan familiarizarse con los procedimientos y la terminología médica, así como formación respecto a los síntomas físicos de las enfermedades médicas y los efectos neurotóxicos de los agentes químicos o biológicos que pueden simular trastornos psiquiátricos. Además, los profesionales de la salud mental necesitan considerar el valor añadido de proporcionar formación y apoyo a sus propios compañeros intervinientes.

1.5. Integración de la asistencia sanitaria y psicosocial en emergencias

Tanto en las publicaciones científicas de carácter psicológico como en algunos medios de comunicación ha surgido un creciente debate sobre cómo y qué debiera hacerse para intervenir sobre el daño psicológico que se produce en las situaciones de emergencia.

También se debate sobre quién debe intervenir y, en menor extensión, cuándo se debe iniciar el proceso de intervención. Una asunción frecuente en el debate es que la intervención psicológica debe ser a gran escala, urgente e inmediata. Se presume y se acepta que hacer algo es siempre mejor que no hacer nada. Como en cualquier contencioso, se han tomado posiciones que, en algunos círculos, se mantienen con la

fuerza de la convicción más que con la razón o la investigación (Gist, 2002). Estas asunciones están ensombrecidas por la dificultad de llevar a cabo una investigación evaluativa efectiva en estas situaciones que tienen un carácter muy dinámico e impredecible (desastres naturales) o de acceso muy difícil (represión gubernamental y conflictos internos).

El apriorismo de que las experiencias traumáticas ocasionarán un gran número de personas que van a necesitar cuidados de salud mental parece ser incorrecto. El malestar y el sufrimiento no son un trastorno psiquiátrico (Petevi *et al.*, 2001).

El debate sobre el sufrimiento psíquico provocado por estas situaciones tiene un paralelo en el debate sobre si la respuesta al trauma psicológico debería sustentarse en teorías pertenecientes al ámbito de lo psiquiátrico/patológico o si la idea subyacente debería situarse a nivel psicosocial.

No es raro, por parte de algunos profesionales y teóricos, la confusión y solapamiento de los términos "intervención en crisis" y "salud mental en emergencias", y en ocasiones se utilizan de forma indiscriminada. Sin embargo, se utiliza el concepto de intervención psicosocial para aclarar que la mayor parte de las intervenciones están fuera del ámbito clínico con la finalidad de diferenciar las respuestas emocionales normales ante situaciones anormales de las respuestas patológicas. Este concepto supone un compromiso con los enfoques no médicos y un distanciamiento del campo de la salud mental, que se contempla como demasiado controlado por el estamento médico y demasiado íntimamente asociado con los trastornos mentales a partir de un enfoque excesivamente biopsiquiátrico. Si se reduce este concepto a términos simplistas puede implicar un grave riesgo de escisión entre los enfermos mentales que precisan tratamientos medicalizados y los cuidados psicosociales para el resto del personal, alejando estos cuidados psicosociales del ámbito de la salud mental, fenómeno que pudiera producir una importante fragmentación y confusión.

Es frecuente en los países occidentales referirse al abordaje biopsicosocial para el tratamiento de los trastornos mentales. El término psicosocial se ha asumido por las organizaciones de ayuda humanitaria y se le ha dado un significado especializado en este contexto para distinguirlo del enfoque médico/patológico a la respuesta a la emergencia; como se ha referido, este significado tiene un efecto mucho más amplio y menos patologizante. Actividades como pueden ser el desarrollo de grupos de autoayuda, el restablecimiento de las actividades culturales y religiosas, la vuelta a la normalidad escolar, y animar los intereses comunes y las actividades productivas en la comunidad, son actividades psicosociales que están directamente relacionadas con las funciones de los trabajadores de ayuda humanitaria para promover la vuelta a la normalidad, mejorar la calidad de vida y por ende la salud mental.

¿Qué significa exactamente el término psicosocial y qué se entiende por asistencia psicosocial? ¿La ayuda psicosocial es un sustituto de la atención en salud mental? ¿O el término social significa que cualquier cosa que mejore el bienestar general de las comunidades afectadas se puede considerar psicosocial? Ahearn (2000) observa que hay poco acuerdo sobre cómo es la asistencia psicosocial o cómo debería ser: diferentes

organizaciones resaltan los aspectos psicológicos o los aspectos sociales, pero también tienen diferentes entendimientos de lo que significa cada uno de estos términos. Se ha sugerido que el concepto de psicosocial se debe unir al de bienestar, en otras palabras que el bienestar psicosocial es parte de la salud general. La OMS define la salud como "un estado de bienestar completo físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad". La mayoría de las definiciones del término psicosocial se basan en la idea de que una combinación de factores psicológicos y sociales son los responsables del bienestar de la gente, y que estos no pueden necesariamente estar separados uno del otro. El término dirige la atención hacia la totalidad de la experiencia de las personas antes que centrarse exclusivamente en los aspectos psicológicos de la salud y del bienestar, y resalta la necesidad de contemplar estos temas dentro de los contextos interpersonales de las redes familiares y comunitarias en las que están localizadas. Ager (2001), por ejemplo, describe las intervenciones psicosociales como la integración de los abordajes sociales y psicológicos para la prevención de problemas de salud mental y dificultades sociales.

La definición utilizada por Baron (2002) ya acordada en 1997 por el grupo de trabajo regional de Kenia, establece que: "La palabra psicosocial simplemente subraya la relación dinámica entre los efectos psicológicos y sociales, cada uno influencia continuamente al otro". Baron señala que esto sugiere que cada persona está conformada por una integración de:

- Componentes psicológicos: mente, pensamiento, sentimientos, emociones y conductas.
- El mundo social que crea el contexto a través del entorno, la cultura, las finanzas, las tradiciones, la espiritualidad, las relaciones interpersonales con la familia, comunidad y amigos, y las tareas vitales.

1.6. Objetivos y funciones de la intervención psicosocial inmediata de emergencias

Asegurar la supervivencia y la seguridad es lo prioritario y lo primordial. Se puede clasificar a las personas para su ubicación en los refugios, tratar sus lesiones, proporcionar alimentos y suministros esenciales para la supervivencia, pero inicialmente muchos de ellos están en un estado de shock, particularmente cuando concurren circunstancias inesperadas que representan una grave amenaza para la vida. En este estado, un porcentaje significativo de la población afectada puede estar perpleja o atónita, presentar síntomas disociativos, ser incapaz de afrontar, y estar en situación de ponerse ellos mismos y a los demás en peligro. Otros pueden mostrarse desesperados buscando a los miembros desaparecidos de su familia y seres queridos; tienen miedo de que hayan muerto. La gente puede estar sometida a un gran estrés, ansiosa y pueden temer

amenazas continuas contra su vida. Está meridianamente claro que necesitan apoyo psicológico durante este periodo (Conferencia de consenso sobre violencia de masas e intervención inmediata en Estados Unidos, NIHM, 2001).

Pero también resulta crítico que toda la ayuda que se proporcione no debe hacer daño. *Primum non nocere* (en primer lugar, no hacer daño). Nadie pone en duda la *bona fide* de la mayoría de los intervinientes, pero en más de una ocasión en lugar de proporcionar alivio se ha agravado el daño, o se ha "suturado" la herida psicológica sin haberla limpiado convenientemente, con lo que volverá a aflorar pasado un tiempo. Hay un consenso general entre muchos clínicos e investigadores "que un poderoso deseo de ayudar, si no está basado en fundamentos empíricos y prácticos, puede conducir a intervenciones inefectivas o potencialmente dañinas, a pesar de las buenas intenciones" (Kaul y Welzant, 2005, p. 203). Las intervenciones psicológicas que se proporcionen durante la fase de emergencia deberían apoyar las estrategias de supervivencia, proporcionar información, y confortar y proteger física y psicológicamente a los afectados.

La intervención en crisis se desarrolló inicialmente como respuesta a la creciente demanda de los servicios en las situaciones en las que se requería una asistencia inmediata para gran cantidad de personas. La escasez de personal y el hecho de que la mayoría de las terapias eran, en la práctica, a corto plazo han contribuido a un mayor desarrollo de la intervención en crisis y para que se conviertan en el tratamiento de elección para muchos clientes.

La intervención psicológica en emergencias tiene como objetivo primario fomentar el bienestar al ir dirigidos sus esfuerzos a la vulnerabilidad psicológica y a limitar el desarrollo de la psicopatología. Se ayuda a la población afectada a cambiar el equilibrio desde respuestas desadaptadas o traumáticas a otras adaptadas. El objetivo es adelantarse y prevenir la aparición de patología y aliviar si llega.

Aunque los objetivos del tratamiento en crisis se han establecido de diferentes formas por distintos autores, parece haber algún acuerdo con respecto a los principales puntos de la intervención. France (1982) declara que restaurar o mejorar la adaptación del individuo puede considerarse uno de los principales objetivos de la intervención en crisis. Destaca que las crisis son episodios altamente penosos limitados en el tiempo, lo que significa que tienen un final con o sin ayuda exterior. La intervención en crisis tiene como objetivo limitar la duración y la gravedad de los episodios. Puryear (1979) define que los objetivos mínimos de la intervención en crisis son el alivio de la tensión inmediata y devolver al individuo al nivel de funcionamiento anterior a la crisis. Señala que idealmente la resolución de la crisis sería una experiencia de crecimiento personal que dejaría al individuo mejor dotado para afrontar con los problemas venideros. Rapoport (1970) estableció cuatro objetivos principales para la intervención en crisis:

1. Aliviar los síntomas.
2. Restaurar al nivel óptimo de funcionamiento que existía antes de la crisis actual.
3. Comprender los eventos precipitantes que contribuyeron al estado de

desequilibrio.

4. Identificar las medidas para solucionar el problema que pueden ser tomadas por el cliente o la familia y que están disponibles a través de los recursos comunitarios.

Existe evidencia de que las personas afectadas gravemente por trastornos psiquiátricos son más propensas a cooperar con las intervenciones si se adecuan a sus necesidades personales, cuando se sienten escuchados, se les consulta y se les oferta elegir entre diferentes tipos de intervenciones propuestas. La cooperación es aún mayor si se les proporciona a ellos y a sus familias la información y las explicaciones suficientes, si se toma tiempo para negociar los objetivos de la intervención, si se llevan a cabo intervenciones de baja intensidad en su propio territorio y no en el nuestro y cuando se evitan los traumatizantes efectos de un ingreso involuntario y de una sedación completa. El ingreso psiquiátrico es algunas veces esencial pero debiera establecerse previa la voluntariedad del interesado si ello fuera posible. ¿Deben remitirse a los servicios de psiquiatría hospitalarios todas las crisis para que realicen una evaluación clínica más exhaustiva? Aunque los servicios psiquiátricos sean los más apropiados para las personas que están en crisis y tienen una enfermedad psiquiátrica grave o para las que estén en riesgo de autolesionarse, hay mucha gente que necesita ayuda en crisis y que no desea ser remitida a los servicios psiquiátricos porque lo pueden percibir como estigmatizante. Algunos autores llegan a afirmar que cuando la crisis no se complica con síntomas psiquiátricos significativos, puede ser gestionada con significativamente mejores resultados por un especialista de emergencias que soluciona el problema in situ, sin necesidad de derivación posterior (ver [cuadro 1.3](#)). Son profesionales preparados para afrontar con éxito este tipo de situaciones.

Cuadro 1.3. Componentes claves de una intervención inmediata (modificado de Mental Health and Mass Violence. Evidence-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. NIMH. 2002)

COMPONENTES CLAVES	OBJETIVOS
Satisfacer necesidades básicas	<ul style="list-style-type: none">– Promover la supervivencia, proporcionar seguridad.– Proporcionar refugio, alimentos y bebidas.– Orientar hacia los servicios de apoyo.– Comunicar con familiares, amigos y comunidad.– Evaluar las amenazas del entorno.– Proteger a los supervivientes de los

Primeros auxilios psicológicos

daños por venir.

- Reducir la activación fisiológica.
- Movilizar los apoyos necesarios para aquellos que están más estresados.
- Reunificar las familias y facilitar las reuniones con los seres queridos.
- Proporcionar información y fomentar la comunicación y la psicoeducación.
- Utilizar técnicas efectivas de comunicación de riesgos.

Evaluación de las necesidades

- Evaluar el estado actual de los individuos, grupos, poblaciones y sistemas.
- Preguntar si se están satisfaciendo las necesidades de forma adecuada, lo que oferta el entorno para la recuperación y qué intervenciones adicionales son necesarias.

Observación del entorno del rescate y recuperación

- Observar y escuchar a los más afectados.
- Controlar el entorno en busca de toxinas y estímulos
– nocivos.
- Controlar las amenazas pasadas y actuales.
- Controlar los servicios que se están prestando.
- Controlar la cobertura de los medios de comunicación y los rumores.

Difundir y diseminar la información

- Ofertar información/psicoeducación a todo el mundo.
- Utilizar las estructuras comunitarias establecidas.
- Distribuir folletos.
- Informar a través de páginas webs.
- Dirigir entrevistas y programas que se distribuyan a los medios de comunicación.

Asistencia técnica, consulta y enseñanza	<ul style="list-style-type: none"> – Mejorar la capacidad de las organizaciones y de los cuidadores para proporcionar lo necesario para. – Restablecer las estructuras comunitarias. – Fomentar la recuperación y resiliencia familiares y la salvaguarda de la comunidad. – Proporcionar asistencia, consulta y enseñanza a las organizaciones relevantes, otros cuidadores e intervinientes y líderes.
Fomentar la resiliencia y la recuperación	<ul style="list-style-type: none"> – Fomentar, pero no forzar, las interacciones sociales. – Enseñar habilidades de afrontamiento. – Enseñar habilidades de evaluación de riesgos. – Proporcionar educación sobre las respuestas al estrés, los recuerdos traumáticos, afrontamiento, funcionamiento normal versus anormal, factores de riesgo y disponibilidad de servicios.
Triaje	<ul style="list-style-type: none"> – Realizar las evaluaciones clínicas, utilizando métodos válidos y fiables. – Derivar cuando sea necesario. – Identificar a los sujetos y grupos vulnerables, de alto riesgo. – Proporcionar hospitalización de urgencia.
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Reducir o mejorar los síntomas o mejorar el funcionamiento a través de la psicoterapia individual, familiar y grupal; la farmacoterapia, y la hospitalización a corto o largo plazo.

1.7. Modelos de intervención psicológica de emergencia en diferentes países

La puesta en marcha de servicios de ayuda psicológica inmediata a las víctimas de las catástrofes y emergencias masivas ha demostrado efectos positivos, tanto en la mitigación de los trastornos agudos como en la prevención de secuelas tardías. Pero en muchos países estos servicios de ayuda psicológica inmediata no sólo están preparados para las grandes catástrofes o emergencias masivas, sino que también están presentes en la actividad diaria para atender emergencias cotidianas como: crisis nerviosas, suicidios, accidentes de tráfico, agresiones, descompensaciones, etc., estando institucionalizados y trabajando codo con codo con el resto de emergencias sanitarias. Estos servicios funcionan desde hace algunos años, la mayoría se constituyeron mediados los noventa del siglo pasado, en Estados Unidos, Gran Bretaña, Suiza, Noruega, Dinamarca, Israel o España, cada uno con sus peculiaridades propias.

- *Modelo de Suiza*

Desde 1996, el cantón de Ginebra ha desarrollado un modelo de apoyo psicológico, descrito como psicosocial y espiritual, para desastres micro o macrosociales. Este modelo aboga por una acción rápida, aunque al nivel más bajo posible, con el objetivo de movilizar los recursos residuales de individuos, familias, grupos o comunidades. Su propósito es declaradamente social, intentando acompañar y confortar a aquellos que están afectados anímicamente y presentan alteraciones emocionales. Sin embargo, se requieren profesionales con habilidades específicas para el control emocional.

La policía y la asociación de psicólogos de Ginebra han unido sus fuerzas y han establecido un equipo de intervención psicológica para manejar las situaciones de crisis o de desastre. Inicialmente se constituyó para actuar en casos tales como suicidios, accidentes graves, asaltos, secuestros, ataques, asesinatos u otras situaciones potencialmente traumáticas; a partir de 2001 este mismo equipo está disponible para el público en general y para las corporaciones que puedan requerir de sus servicios bajo el nombre de equipo de acción psicológica.

En el caso de desastres macrosociales, el equipo es activado para trabajar con otros grupos: grupo de acción psicológica de seguridad civil, grupo interconfesional para apoyo espiritual, el personal especializado del hospital universitario de Ginebra, o también los equipos de *debriefing* de grupos profesionales (policía judicial, policía fronteriza) o de los bomberos. Cuando esas situaciones implican niños, particularmente en horario escolar, el equipo deriva a los equipos médico-pedagógicos especializados. El equipo también se activa para cooperar con otras personas, grupos o estructuras, dentro o fuera del cantón e incluso en el exterior.

En los planes de contingencia actuales establecidos por el Cantón de Ginebra, los

profesionales facultativos (psicólogos, psiquiatras, enfermeras, etc.) forman parte de las brigadas de Protección Civil y reciben formación para actuar en los escenarios de grandes desastres. En esas circunstancias el equipo de acción psicológica-Policía es llamado a cooperar con todos los grupos mencionados anteriormente, así como con los posibles voluntarios. Sin embargo, se activa normalmente cuando hay un pequeño número de personas implicadas, por ejemplo en situaciones de toma de rehenes o ataques. Los casos en los que el equipo interviene son completamente diferentes de aquellos en los que se requiere al psiquiatra que está de servicio, porque normalmente, a priori, no necesariamente implican hospitalización o incluso la necesidad de utilizar psicofármacos.

Todos los miembros de este equipo son psicólogos de la federación suiza, y tienen formación especializada en la psicología de emergencias (alivio de síntomas y ayuda a víctimas). La mayoría son psicoterapeutas, acreditados por las organizaciones profesionales nacionales. Están en alerta las 24 horas del día en los cuarteles generales de la Policía de Ginebra a las órdenes de un oficial de policía. La misión se realiza por dos psicólogos a la vez que suelen ir acompañados por un psicólogo en prácticas.

- *Modelo de Francia*

Desde la ola de atentados terroristas perpetrados en París en 1995, Francia ha establecido una red nacional para hacerse cargo de las víctimas de las catástrofes. Este dispositivo, organizado en células de urgencia médico-psicológica, permite una movilización inmediata, sobre los lugares del acontecimiento, de los equipos de intervención conformados por psiquiatras, psicólogos y enfermeros psiquiátricos.

El 25 de julio de 1995 París sufrió un atentado terrorista en la estación RER de Saint Michel en París, al día siguiente, se constituyó una célula de urgencia médico-psicológica (CUMP) para hacerse cargo inmediato de los heridos psíquicos en los atentados, en las catástrofes y en los accidentes colectivos. Esta célula se montó bajo la dirección del profesor Louis Crocq con la finalidad de poner en marcha de forma inmediata un dispositivo de socorro para París y la región parisina. Sus componentes son 12 profesionales de la salud mental, elegidos por su competencia en materia de psicopatologías traumáticas. Paralelamente, fue la encargada de elaborar un dispositivo aplicable a todo el territorio nacional. El 28 de mayo de 1997 se publicaron dos textos oficiales, un decreto para crear un comité nacional de urgencia médico-psicológica encargado de la coordinación nacional y una circular relativa a la creación de una red nacional de puesta en marcha de la urgencia médico-psicológica encargada de las intervenciones sobre el terreno. La red comprende 7 células permanentes interregionales (Lille, Lyon, Marsella, Nancy, Nantes, París, Toulouse) y 93 células departamentales.

Las células están adjuntas a los SAMU departamentales, que son los encargados de asegurar su logística (regulación de las llamadas, comunicación y transporte) y su misión es intervenir con ocasión de todo acontecimiento de gran amplitud (gran número de

heridos, destrucciones extensas). Sin embargo, la magnitud del acontecimiento no es el único criterio de intervención, su impacto psicológico también es determinante, e incluso si implica solo a una decena de individuos y no ocasiona herida psíquica alguna, en situaciones como pudiera ser la toma de rehenes en una escuela.

- *Modelo de Dinamarca*

En abril de 1990, murieron 29 daneses en un accidente del ferry "Scandinavian Star". Este acontecimiento hizo que mucha gente asumiese que el apoyo psicológico es una parte indispensable de la preparación y respuesta al desastre, y condujo al establecimiento de un programa de apoyo psicológico en la Cruz Roja Danesa.

La primera gran intervención en desastres realizada por la Cruz Roja danesa con voluntarios de primeros auxilios psicológicos fue en el Festival de Música de Roskilde del año 2000. Ocurrió una tragedia, próximos al escenario varias personas cayeron y de la confusión resultante murieron nueve personas, resultando otras muchas heridas. El evento tuvo un gran impacto sobre todos los afectados: los que estaban en el festival, sus familias y los intervinientes. Como parte componente de la operación inmediata de ayuda, 78 voluntarios de la Cruz Roja danesa proporcionaron por primera vez primeros auxilios psicológicos antes que los primeros auxilios físicos.

- *Modelo de Canadá (Ontario)*

Los servicios de respuesta en crisis forman parte de un sistema integrado de los servicios de salud mental y deben proporcionar acceso a tiempo a un amplio rango de opciones de crisis en un plazo de 24 horas. Se ofrece tratamiento activo y apoyo en una variedad de entornos tan pronto como sea posible toda vez que se identifica a un individuo en estrés agudo. Los servicios deben proporcionar alivio inmediato de los síntomas y estabilización rápida para que no empeore la condición. Los servicios de respuesta en crisis también ofrecen la oportunidad de desarrollar tratamiento a largo plazo y planes de rehabilitación y tienen el potencial de movilizar los recursos comunitarios y evitar la hospitalización a corto o largo plazo.

- *Modelo de España*

En España, la psicología de emergencias comienza a ser conocida hace relativamente poco tiempo. De hecho, no es hasta principios de la década de los 90 cuando los dispositivos de Protección Civil empiezan a incorporar psicólogos en los planes de

actuación ante una emergencia, siendo el desastre del Camping Las Nieves, en Biescas, el punto de partida para el trabajo que se está realizando hasta ahora.

Pero sin duda, el suceso que ha marcado un antes y un después dentro de la psicología de emergencia prehospitalaria en España fue el fatídico 11-M donde se pudo constatar a nivel mundial la importancia de la figura del psicólogo en los primeros momentos de un suceso traumático. Desde ese momento, se han sucedido diversos sucesos donde la figura del psicólogo de emergencias ha sido de gran relevancia, pudiendo citar algunos como el incendio de Guadalajara (2005), el atentado en el Aeropuerto de Barajas (2007) o el accidente aéreo en Barajas (2008).

Es en Madrid, donde a partir de la necesidad de ofrecer una atención integral y multidisciplinar, SAMUR-Protección Civil, crea en 2003 un modelo de trabajo pionero, donde la intervención del psicólogo cobra una especial relevancia dando cobertura a esta ciudad, atendiendo las emergencias psicológicas que surgen en el día a día, así como catástrofes o accidentes de múltiples víctimas. Dicho servicio, que desde un principio desempeñaba una labor puramente sanitaria, consideró la necesidad de incorporar un equipo de seis psicólogos de emergencias que trabajarían en turnos de 24 horas todos los días del año, siendo así pioneros en formar un equipo multidisciplinar en el que se ofrecería una intervención médica y psicológica de forma paralela y continuada. Las funciones de este equipo de psicólogos son en primer lugar en el Área de Intervención Psicológica de Emergencia (diseñar procedimientos de intervención psicológica, intervenir en el operativo del Servicio en determinados sucesos traumáticos y seguimiento de los pacientes atendidos, coordinar las actuaciones del equipo de psicólogos voluntarios de Protección Civil, coordinación con otras Instituciones y actividades de docencia e investigación), en segundo lugar, en el Área de Intervención Psicosocial en Catástrofes y Desastres (diseñar y poner en marcha procedimientos de actuación en catástrofes o sucesos de gran magnitud) y en tercer lugar, Área de apoyo psicológico a los equipos intervinientes (sanitarios, bomberos y policía, principalmente).

Con este Modelo de Intervención Psicosocial de Emergencia cotidiana y Catástrofes, se da respuesta a los siguientes sucesos: accidentes de tráfico (atropellos, accidentes de moto, coche, autobús), parada cardiorrespiratoria, ideación o tentativa autolítica, suicidios consumados, crisis de ansiedad, agresiones sexuales, abuso o maltrato de menores, situaciones de riesgo social o maltrato de ancianos, violencia doméstica, arrollado de tren, huelga de hambre, comunicación de malas noticias y duelo, donantes, incendios, intervinientes heridos, amenaza de bomba, atentados y sucesos de gran magnitud. El objetivo de la intervención es, en primer lugar, prestar ayuda al individuo que se encuentra en una situación de crisis, detectar posibles factores de riesgo de trastornos mentales y realizar lo antes posible una orientación hacia la red asistencial sanitaria de atención primaria, contribuyendo con su labor a la prevención en salud pública (Pacheco *et al.*, 2008).

En este servicio, debido a las características de las intervenciones y siguiendo ciertos criterios, se realizan a posteriori seguimiento de pacientes atendidos para conocer la evolución posterior tras la situación crítica vivida y en ocasiones, si es necesario, se

informa a la persona de recursos especializados o de ayuda posterior (ver ANEXO 1).

Además, en España, contamos con otras entidades públicas y privadas donde se da respuesta principalmente a situaciones de gran magnitud (p. ej., grupos de emergencias del Colegio Oficial de Psicólogos, Cruz Roja Española, etc.)

1.8. Función preventiva en salud pública

La prevención de los trastornos mentales es una prioridad de salud pública. Cerca de 450 millones de personas sufren de trastornos mentales y conductuales en todo el mundo. Una persona de cada cuatro desarrollará uno o más de estos trastornos a lo largo de su vida. Los trastornos neuropsiquiátricos suman el 13% del total de años de vida ajustados perdidos debido a todas las enfermedades y lesiones en el mundo y se estima que crecerán hasta el 15% en el año 2020. Cinco de las diez principales causas de discapacidad y muerte prematura en el mundo son enfermedades psiquiátricas. Los trastornos mentales representan no solo una inmensa carga psicológica, social y económica para la sociedad sino que también incrementan el riesgo de contraer enfermedades físicas. Dadas las actuales limitaciones en la efectividad de las modalidades de tratamiento que intentan disminuir la discapacidad ocasionada por los trastornos mentales y conductuales, el único método sostenible, hoy por hoy, para reducir la carga causada por estos trastornos es la prevención. Los trastornos mentales tienen determinantes múltiples, la prevención necesita un esfuerzo múltiple.

Las ciencias sociales, biológicas y neurológicas han proporcionado una penetración sustancial en el conocimiento de la importancia de los factores de riesgo y de protección en el desarrollo de los trastornos mentales y de la salud mental. Los factores de riesgo y de protección biológica, psicológica y social y sus interacciones se han logrado identificar en etapas precoces como la vida fetal. Muchos de estos factores son modificables y por tanto objetivos potenciales para tomar medidas de prevención y de promoción de la salud. La alta comorbilidad entre los trastornos mentales y sus interrelaciones con las enfermedades físicas y los problemas sociales presiona la necesidad de generar políticas de salud pública integradas, dirigidas a grupos de problemas relacionados, determinantes comunes, etapas precoces de trayectorias multiproblemas y poblaciones con múltiples riesgos.

La prevención efectiva puede reducir el riesgo de trastornos mentales. Hay un amplio rango de programas preventivos basados en la evidencia y políticas disponibles para su implementación. Estas se ha encontrado que reducen los factores de riesgo, fortalecen los factores de protección y disminuyen los síntomas psíquicos y la discapacidad y la aparición de algunos trastornos mentales. También mejoran la salud mental, contribuyen a una mejor salud física y generan beneficios sociales y económicos. Estas intervenciones multi-resultados ilustran que la prevención puede tener un buen coste-efectividad. Las investigaciones están comenzando a mostrar resultados

significativos a largo plazo.

Por razones éticas, y para hacer un uso óptimo de los limitados recursos dedicados a la prevención, la prioridad debería darse a aquellos programas y políticas preventivas que han mostrado evidencia científica de su efectividad. La construcción basada en la evidencia es un proceso incremental. Aquellos programas y políticas preventivas que han tenido éxito deberían tener total disponibilidad. La realización de programas y políticas ampliamente disponibles proporcionarían a los países y comunidades una gama de herramientas preventivas para hacer frente a los trastornos mentales. Se hace imperativo desarrollar un sistema accesible e integrado de bases de datos nacionales e internacionales que proporcionen a las agencias gubernamentales y ONG toda la información sobre programas y políticas basadas en la evidencia, sus resultados y condiciones para una implementación efectiva. Se necesita un esfuerzo mayor para extender el espectro de las intervenciones preventivas efectivas, para mejorar su efectividad y la relación coste-efectividad en una variedad de ámbitos y fortalecer los métodos basados en la evidencia. Esto requiere un proceso de evaluación de programas y políticas continuo. El conocimiento de estrategias, características de los programas y otras condiciones que han generado un impacto positivo sobre la efectividad deberían traducirse en guías para la mejora de programas, guías que se vayan publicando y poniendo al alcance de todos.

1.9. Conclusiones

La crisis consiste en una alteración emocional, que puede ser precipitada por una serie de factores, y que provoca una incapacidad temporal de afrontamiento con los recursos y los mecanismos habituales. A menos que los factores de estrés que precipitaron la crisis se alivien y los mecanismos de sobrevivencia sean reforzados, puede resultar una desorganización importante. La intervención en crisis es un proceso centrado en la resolución de los problemas y necesidades prácticas inmediatas, intentando la rápida resolución de la crisis para prevenir consecuencias posteriores y lograr restablecer el nivel funcional previo, y para ello se postulan intervenciones inmediatas y basadas en la evidencia. Conscientes de esta necesidad los diferentes países, mediados los años noventa del siglo pasado, constituyeron equipos de apoyo psicosocial que pudieran ser activados para intervenir de forma inmediata y organizada cuando se produjesen una serie de incidentes críticos que alterasen el normal funcionamiento comunitario.

PARTE II

Intervención psicosocial inmediata en situaciones específicas

2

Evaluación, intervención y seguimiento post-incidente

"En esta vida hay que morir varias veces para después renacer. Y las crisis, aunque atemorizan, nos sirven para cancelar una época e inaugurar otra"

E. Trías

Cuando se produce una situación crítica como un accidente de tráfico, una agresión sexual, una tentativa de suicidio, un accidente con múltiples víctimas (accidentes aéreos, choques de trenes, explosiones debidas a gases, incendios, etc.), estamos ya acostumbrados a que se movilicen equipos de psicólogos para ofertar apoyo a las víctimas, los sobrevivientes y a los familiares de estos.

¿Qué se tiene que hacer? ¿Dónde intervenir? ¿Cuál es el momento más apropiado para intervenir? ¿Hay que intervenir con todos los afectados? ¿Qué técnica se debe aplicar? ¿Es eficaz una sola intervención? ¿Son necesarias más intervenciones? Estas y otras preguntas similares surgen en un escenario de estas características. En los primeros años, con el entusiasmo y la buena fe de los inicios se intentan aplicar los principios extraídos de la clínica y aquellos protocolos cuya utilización se aconseja internacionalmente en este tipo de situaciones; actualmente y aunque, en teoría, solo deberían ofertarse aquellos cuidados psicosociales basados en técnicas que han mostrado su efectividad, la realidad en ocasiones, es muy diferente, y no es raro encontrar discrepancias entre los resultados de los últimos estudios sobre la eficacia de determinadas técnicas en la intervención psicosocial inmediata y lo que realmente sucede en la práctica, que puede alejarse de los estándares exigibles. Conscientes de estas circunstancias se han creado grupos de trabajo, como el de los Países Bajos (Brake *et al.*, 2009) con la realización de una guía de actuación que se detalla a lo largo de este capítulo.

Las guías son un medio de realizar la intervención de acuerdo con las últimas

directrices científicas y basadas en la recogida sistemática, de la experiencia práctica. Proporcionan respuesta a la pregunta de "Qué hacer" o "Qué no hacer" estableciendo un periodo temporal de las primeras seis semanas posteriores al desastre o a la emergencia masiva. ¿Por qué este periodo de seis semanas? Porque durante este periodo se realizan la mayoría de las intervenciones inmediatas; y porque se sabe que, si las reacciones al estrés desaparecen por sí mismas, será durante las primeras seis semanas.

Por tanto, el presente capítulo trata de exponer un modelo de evaluación, intervención y seguimiento post-incidente basado en la evidencia.

2.1. Estrategias de evaluación e intervención basadas en la evidencia

La literatura científica no es unívoca hacia los objetivos de las intervenciones psicosociales inmediatas tras situaciones críticas (emergencia diaria o desastres). Los expertos aconsejan que las intervenciones psicosociales inmediatas deben ir dirigidas a atender las necesidades básicas inmediatas de los afectados y asegurar su bienestar mental con la finalidad de prevenir trastornos psicopatológicos. Por lo tanto, los objetivos de la intervención psicosocial inmediata para los afectados por una emergencia masiva o un desastre serán:

1. Promover la recuperación natural de los afectados con el uso de recursos naturales.
2. Animar a los afectados a tomar el máximo control sobre sus vidas, utilizando sus propios recursos y fortalezas para participar, de forma activa, en la resolución de sus problemas, favoreciendo la resistencia y la resiliencia de los individuos.
3. Identificar a aquellas personas que necesitan ayuda psicológica inmediata y estabilizarlas emocionalmente.
4. Derivar hacia el siguiente nivel de la red asistencial si fuese necesario.

Antes de la década de 1990, no existían directrices específicas ni para los profesionales ni para los pacientes de salud mental con respecto a la selección de los tratamientos para niños, adolescentes y adultos. Como consecuencia, el campo de la psicoterapia estaba plagado de graves problemas en el control de calidad. Esta situación cambió en 1993 cuando un grupo de trabajo nombrado por la Sociedad de Psicología Clínica (División 12), dentro de la Asociación Americana de Psicología (APA) desarrolló un conjunto de criterios (y la lista provisional de) para lo que se denominó entonces "tratamientos empíricamente validados".

De acuerdo con las directrices de los grupos de trabajo (Chambless y Hollon, 1998), las técnicas ecológicamente racionales son aquellas terapias que han demostrado:

- a) Ser superiores a un placebo en dos o más estudios rigurosos metodológicamente

controlados.

- b) La equivalencia a un tratamiento bien establecido en varios estudios rigurosos controlados e independientes.
- c) Eficacia en una amplia serie de diseños de caso único controlado (es decir, dentro de los diseños de los sujetos que comparan sistemáticamente los efectos de un tratamiento con los de una condición de control).

Por otra parte, los tratamientos utilizados en estos estudios se deben realizar de acuerdo a los manuales de tratamiento que especifican de una forma razonablemente clara la "receta" de cómo llevar a cabo la intervención.

Las guías holandesas, citadas anteriormente, sobre la intervención psicosocial inmediata tras una situación crítica, ofrecen 36 recomendaciones en función de cinco tópicos en la intervención: el *screening*, el contexto de apoyo, las intervenciones preventivas inmediatas, las intervenciones curativas inmediatas y la organización.

2.1.1. Evaluación multimodal

A la hora de dar respuesta a una emergencia, es necesaria la evaluación de la escena y del estado inicial de los individuos implicados en el suceso. El esquema general de evaluación a seguir será:

- Valoración de la escena: tener una imagen general del suceso y asegurar la seguridad para los intervinientes y el paciente.
- Valoración del paciente: estados físico y psíquico.
- Determinar la necesidad de intervención médica o psicológica in situ.

2.1.1.1. Valoración de la escena

La valoración de la escena trata de realizar una fotografía en su conjunto de la situación a la que se va a dar respuesta. Se trata por tanto de conocer qué ha ocurrido, cuántas personas hay implicadas, si existen riesgos para los profesionales o para los pacientes (por ejemplo, vehículos inestables o con riesgo de incendio, materiales peligrosos, etc.), impresión lesional de los pacientes, posibles riesgos añadidos, etc. Independientemente del tipo de suceso, todas las valoraciones de pacientes deben iniciarse siguiendo unas pautas metódicas que van a garantizar la seguridad del interviniente y van a facilitar la actitud del paciente para la entrevista. Estas pautas generales son las siguientes:

- Controlar estímulos ambientales
- Evitar aglomeraciones:
 - Apartar desestabilizantes
 - Intervenir con un número de personas adecuado
- Propiciar la seguridad en la escena:
 - Realizar una vigilancia continua
 - Asegurar la posibilidad una vía de escape en caso de ser necesario
 - Retirar objetos con posibilidad de ser armas
- Valorar signos de violencia inmediata:
 - Habla grave, amenazante y vulgar
 - Elevada tensión muscular
 - Signos no verbales en cara y otras partes del cuerpo (apretar puños, movimientos repetitivos sin finalidad alguna, deambulación nerviosa, incapacidad para permanecer sentado, etc.)
 - Agresividad con objetos
 - Hiperactividad grande: agitación psicomotriz progresiva
 - Antecedente de agresividad
 - Evita contacto visual, mira de reojo
 - Signos de consumo de sustancias estimulantes o depresoras del SNC (pupilas mióticas, movimientos de la mandíbula característicos, inestabilidad en la marcha, feto etílico, movimientos repetitivos sin finalidad alguna, tamborileo de dedos, balanceo, etc.)

La valoración de la escena es lo primero que todo interviniente ha de hacer al llegar al lugar del suceso. A lo largo del manual, podremos conocer estrategias específicas aplicadas a diferentes sucesos críticos (accidente de tráfico, paciente suicida, accidente de múltiples víctimas, etc.).

2.1.1.2. Diagnóstico diferencial: valoración sanitaria primaria

La valoración de urgencia persigue ser capaz de responder a las siguientes preguntas:

- ¿Se trata de un problema psiquiátrico/psicológico o médico?
- ¿Es un estado agudo o es un proceso crónico?
- ¿Es una urgencia o una emergencia?
- ¿Cuál es el síntoma principal?
- ¿Cuál ha sido el desencadenante?

Por tanto, será necesario realizar el diagnóstico diferencial que permita diferenciar la patología orgánica de la patología psicológica. El DSM-IV establece que el trastorno mental debido a enfermedad médica se distingue del trastorno mental primario. Cuando los síntomas de un trastorno mental primario y una enfermedad médica aparecen juntos, es especialmente importante determinar si la relación etiológica, si la hay, es de naturaleza fisiológica (en cuyo caso el diagnóstico será trastorno mental debido a enfermedad médica) o se debe a otro mecanismo (en cuyo caso el diagnóstico será trastorno mental primario). En algunos casos el desarrollo de una enfermedad médica o la presencia de una discapacidad asociada pueden precipitar o agudizar un trastorno mental sin una explicación fisiológica conocida.

La diferenciación entre la patología orgánica y la psicológica se inicia con la entrevista con el paciente, familiares o allegados presentes para recoger información sobre el historial del paciente, causas desencadenantes de la situación actual, consumo de tóxicos, etc.

La valoración del paciente debe abarcar todos los sistemas de repuesta (cognitivo, fisiológico, emocional y motor), siendo necesaria en primer lugar una valoración sanitaria primaria basada en un examen físico y neurológico para comprobar que las constantes vitales se encuentran dentro de los parámetros que no denotan alteración grave.

Esta valoración consistirá en:

1. Seguir el ABC: apertura de la vía aérea, existencia de ventilación y de circulación.
2. Valoración inicial de constantes (si es posible) => Descartar patología médica:
 - Frecuencia respiratoria (FR): colocamos la mano sobre el pecho del paciente u observamos el mismo, contando las veces que se eleva por minuto debe ser > de 8 y < de 20 rpm.
 - FC (pulso): podemos localizarlos en el cuello, arteria carótida o en la muñeca, arteria radial. Debe ser > de 50 y < de 170 ppm (ver [figura 2.1](#)).
 - Tensión Arterial Sistólica (TAS): > de 80 mmHg y < de 170 mmHg.
 - AVDN: valoración del nivel de conciencia (alerta, responde a la voz, responde al dolor o no responde).
 - ECG: electrocardiograma.
 - Glucemia capilar: especial atención a la hipoglucemia valores < de 60.

- Pulsioximetría: debe ser > del 92%.
- Temperatura: atención por encima de 37,5°C.
- Relleno capilar: debe ser inferior a 2 segundos.
- Pupilas: observar si reaccionan a la luz, si tienen un tamaño diferente o si son excesivamente grandes o pequeñas.

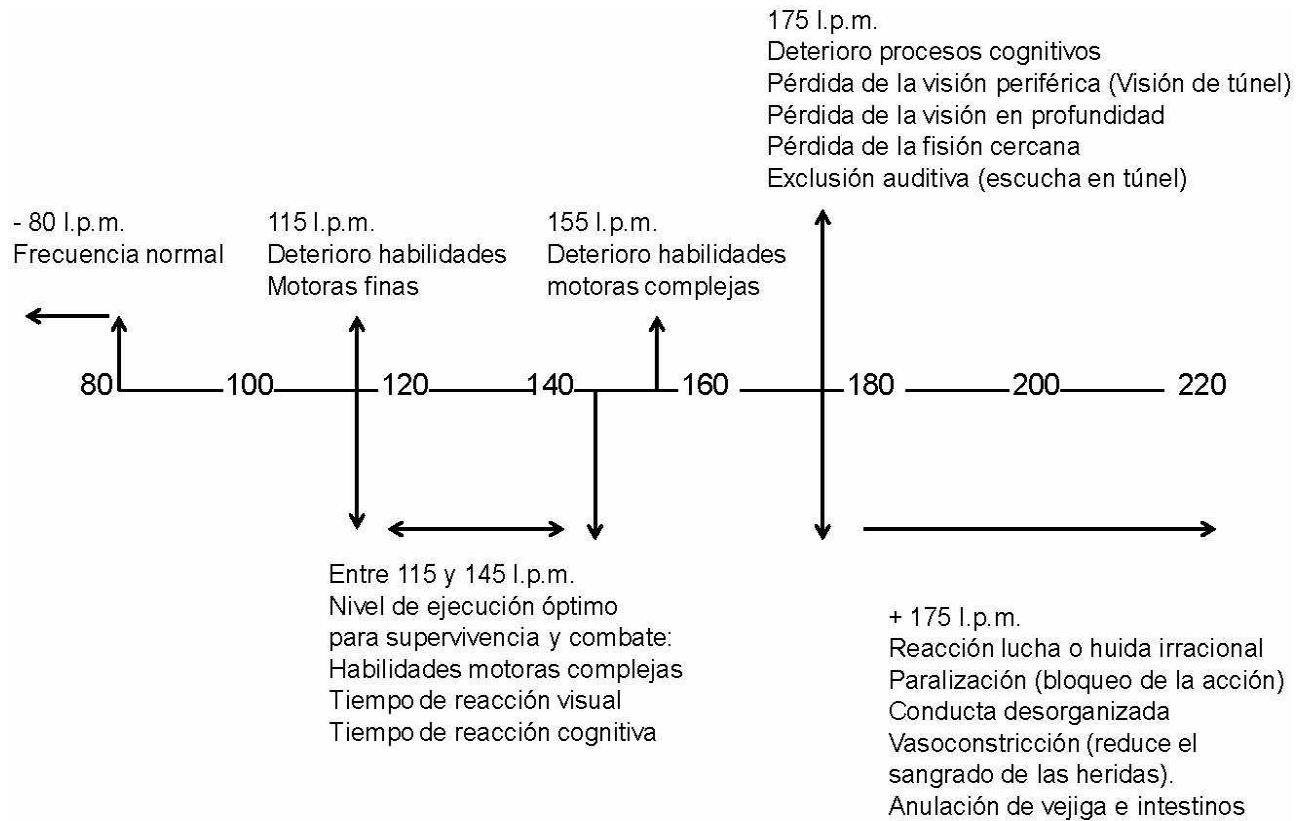


Figura 2.1. Frecuencia cardíaca y respuesta del organismo (Robles, 2011).

Por ejemplo, nos activan por un varón de unos 30 años en la puerta de un bar que dicen los testigos que se ha vuelto loco y está golpeando todo. A nuestra llegada, el paciente se encuentra de piE, apoyado en una pared y dando golpes a una mesa.

Valoración del paciente:

- AVDN: Alerta.
- FR: 18 rpm.
- FC: 120 ppm.
- TAS: 150 mmHg.
- ECG: Normal.
- Glucemia capilar: 36 mg/dl.
- Temperatura: 36,5°C.
- Relleno capilar: < de 2 segundos.

- Pupilas: Iguales, ajustadas a la luz que existe y reactivas.
- Hipoglucemia: los hallazgos clínicos son acordes a la actitud del paciente.

Para poder realizar el diagnóstico diferencial, además de las alteraciones derivadas del examen físico del paciente, debemos tener en cuenta los siguientes indicadores de trastorno mental de origen orgánico:

- Inicio brusco o reciente
- Alteración del nivel de conciencia, de curso fluctuante a lo largo del día (sobre todo por la noche) y amnesia del episodio
- Confusión mental
- Discurso incoherente
- Desorientación temporoespacial
- Dificultades para la marcha
- Alteraciones de la percepción: alucinaciones visuales (muy específicas)
- Actividad ocupacional e ideación delirante de perjuicio
- Sin historia previa de enfermedad, tratamiento o trastorno de personalidad
- Antecedentes:
 - Consumo habitual de psicótopos y abstinencias
 - Enfermedad médica o quirúrgica previa reciente o traumatismo
 - Ancianos con polifarmacia
 - Síntomas psicóticos en > 40 años sin antecedentes previos
 - Paciente psiquiátrico con sintomatología atípica

Así mismo, se deben distinguir las causas de los cuadros más comunes:

1. Agitación orgánica:

- Intoxicaciones por: alcohol, cocaína, antidepresivos, drogas de diseño, benzodiacepinas, etc.
- Síndrome de abstinencia a alcohol y drogas

2. Cuadros confusionales agudos:

- Insuficiencia respiratoria, cardíaca, renal o hepática
- Accidentes cerebrovasculares agudos
- Traumatismos craneoencefálicos
- Alteraciones metabólicas
- Postoperatorios

- Reacciones adversas de fármacos

3. Crisis de ansiedad:

- Hipertiroidismo e hipotiroidismo
- Infarto de miocardio o angina de pecho
- Arritmias cardíacas
- Alteraciones mecánicas del corazón
- Hipoglucemias
- Tromboembolismo pulmonar
- Síndrome carcinoide
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

La valoración física debe ser complementaria a la valoración psicológica que se desarrolla en el siguiente apartado, sabiendo que en caso de que alguno de los parámetros citados estén fuera de los rangos normales, deberá solicitarse el recurso sanitario más apropiado.

2.1.1.3. *Evaluación psicológica*

La exposición al desastre y a otras experiencias traumáticas confronta a los supervivientes con retos inmediatos y no demorables, suponiendo para algunos el desarrollo de problemas. La mayoría de las respuestas al trauma son relativamente inmediatas, leves y transitorias (Norris *et al.*, 2002), sin embargo, debe existir un sistema de evaluación estructurado tras situaciones de emergencias.

Se diferencia entre el *screening* (cribado), el triaje (clasificación) y la detección. Cribado significa buscar de forma sistemática, en una población diana, una enfermedad o trastorno que no se haya manifestado todavía. El triaje, por el contrario, se usa para identificar a aquellas víctimas de una situación de desastre/emergencia que necesitan tratamiento agudo y clasificarlas en orden de prelación. Finalmente, la detección es un término amplio que intenta alertar sobre la presencia posible de una enfermedad, sin examinar específicamente a una población diana entera.

El grupo de trabajo antes citado no considera que el cribado, utilizando cuestionarios específicos para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), sea beneficioso. Refieren que existen algunos resultados prometedores sobre el cribado precoz del TEPT pero que necesitan ser replicados con poblaciones víctimas de desastres. Por tanto no es aconsejable, desde el punto de vista de los expertos y en base a los conocimientos actuales, el aplicar cuestionarios para el despistaje del TEPT en una población que acaba de experimentar una situación crítica.

Por otra parte, no existe evidencia científica del valor predictivo del Trastorno por

Estrés Agudo (TEA) para desarrollo futuro de TEPT. En muchos casos, las reacciones al estrés durante el primer mes se comprenden mejor "como reacciones normales ante acontecimientos anormales". También, se necesitan más investigaciones sobre la efectividad de los instrumentos de cribado basados en los factores de riesgo. Aunque hay algunos estudios que muestran claros factores de riesgo para el TEPT, el valor predictivo de éstos es demasiado pequeño para que se utilicen en la práctica.

Con respecto a los niños, ha habido cierto éxito en el cribado del Trastorno por Estrés Agudo. Sin embargo, padres y profesores suelen adoptar roles protectores hacia los niños, lo cual es comprensible. Manifiestan resistencia hacia los extraños que quieren obtener información sobre y de los niños. A causa de estas observaciones el grupo de expertos recomienda que, si después de un acontecimiento traumático, se decide hacer cribado de los niños y adolescentes para los síntomas de estrés agudo, la información se debe obtener directamente de los niños y de los padres o de los cuidadores (profesores).

El grupo de expertos también considera el posible efecto negativo del cribado, así como la prescripción de psicofármacos a aquellas personas que sufren síntomas de estrés agudo como parte del proceso natural. Como sucede en otras circunstancias el cribado producirá falsos positivos y falsos negativos y los costes y la cantidad personas necesarias para realizar el cribado cuando la población afectada es muy numerosa, probablemente no se corresponda con los beneficios obtenidos en términos de resultados en salud. Finalmente, se necesita más investigación sobre el tiempo más apropiado para realizar el cribado. Globalmente, el grupo de expertos recomienda que, a la luz de los conocimientos actuales, no es recomendable realizar el cribado durante las 6 primeras semanas posteriores al suceso. Sin embargo, durante este periodo, se deben realizar todos los esfuerzos para identificar a aquellas víctimas que necesiten de ayuda psicológica directa, con disponibilidad constante del diagnóstico apropiado y del tratamiento subsiguiente.

En situaciones de emergencia, las reacciones inmediatas (ver [cuadro 2.1](#)) que presentan las personas implicadas directa o indirectamente van a variar atendiendo a factores como características de personalidad, existencia o no de patología psiquiátrica previa, sucesos vitales estresantes, factores y consecuencias del suceso vivido, percepción personal de recursos de afrontamiento y existencia de apoyo social estable.

Es necesario que el interviniente realice una valoración de estas reacciones para determinar si es necesaria una intervención in situ ya que, como hemos visto, no siempre lo es. No se debe olvidar nunca que el primer objetivo de la intervención es que la víctima deje de serlo cuanto antes y pueda tomar las riendas de su vida, y para ello es importante empezar por que adquiera un papel activo y de control sobre sus reacciones, que debe entender siempre como normales.

Para poder identificar estas reacciones, se debe comprender el mecanismo por el cual las personas responden de diversa forma ante un suceso crítico. Ante cualquier situación inesperada se produce un reflejo de orientación y el organismo se activa para adoptar los mecanismos de lucha o huida descritos por Walter Cannon (1929) o si la activación es excesiva se produce la paralización (inhibición de la acción).

En este mecanismo de activación se ponen en marcha dos sistemas cerebrales:

- La formación reticular, responsable de mantener alerta al cerebro, que al recibir las entradas sensoriales activa la corteza cerebral para procesar la información, y también envía información hacia abajo (nivel músculo-esquelético) con la intención de mejorar la rapidez de respuesta y la coordinación (ver [figura 2.2](#)).

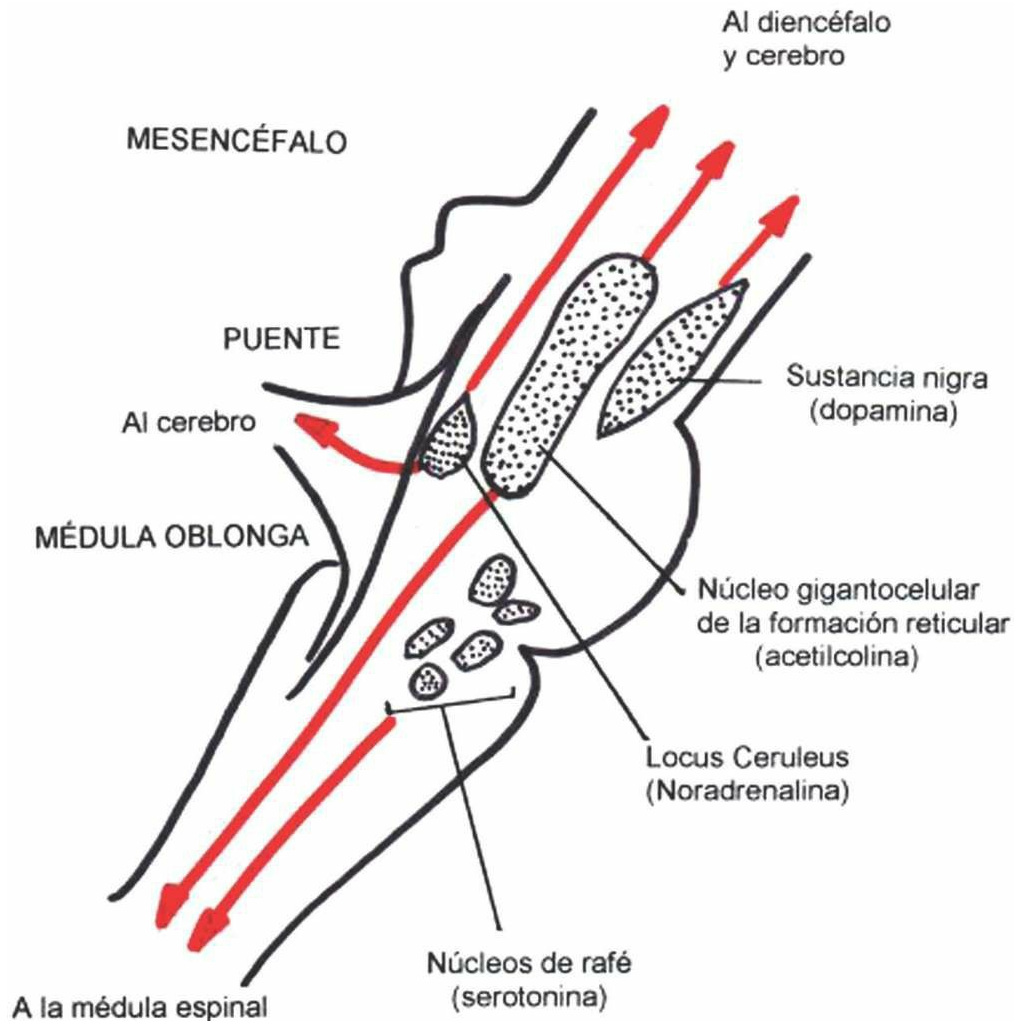


Figura 2.2. Activación de la formación reticular (Fuente: www.virtual.unal.edu.co).

- El Sistema Nervioso Autónomo (SNA), que moviliza el cuerpo para que se adapte a las necesidades de la situación, estando más alerta o al contrario más relajado. En los estados de emergencia se activa la rama simpática del SNA (ver [figura 2.3](#)).

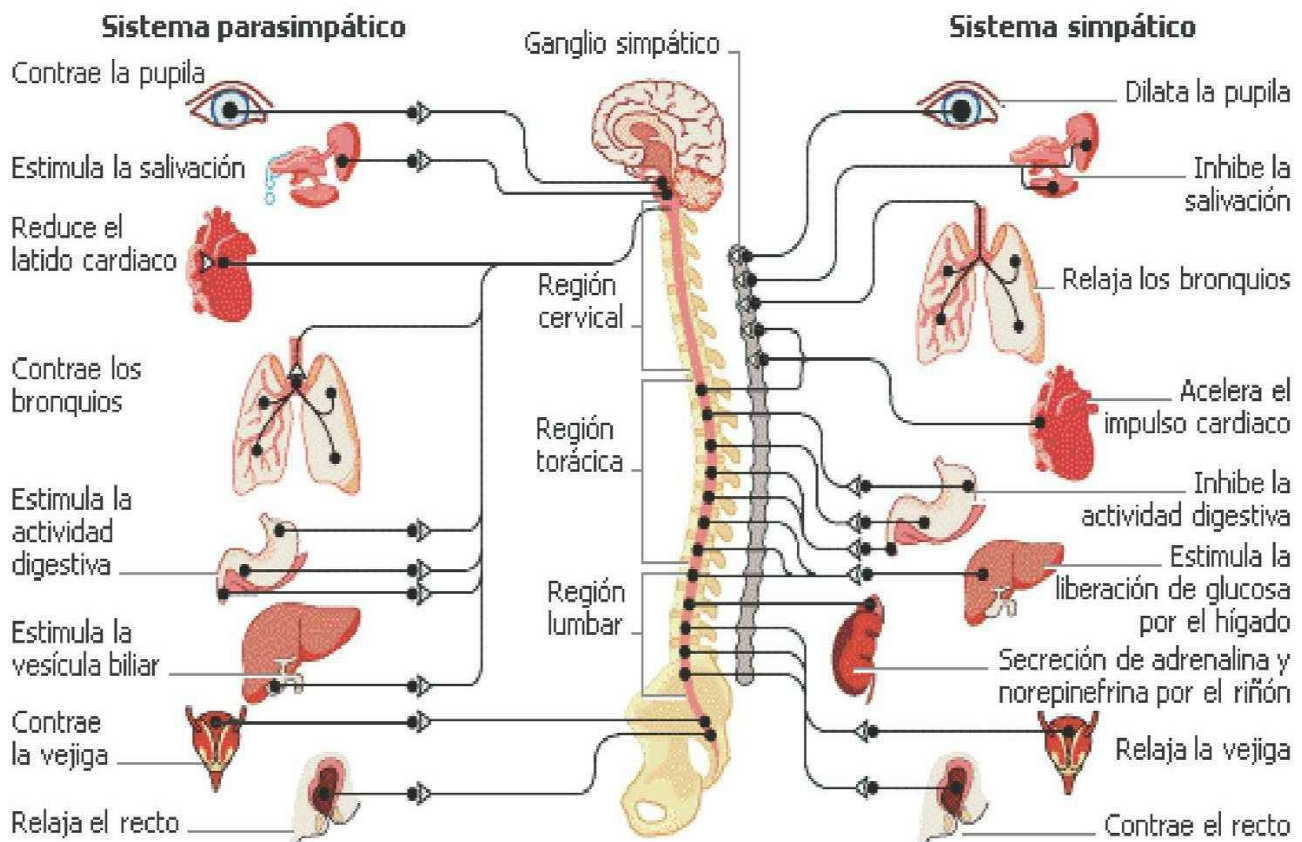


Figura 2.3. Ramas parasimpática (relajación) y simpática (activación) del SNA (Fuente: www.centrodealternativas.com).

Esta activación puede producir algunas reacciones inmediatas, sobre todo si las pulsaciones cardíacas suben por encima de 145 latidos por minuto, se empieza a producir, entre otros, pérdida de la motricidad fina, la visión en túnel, sesgos auditivos (solo se oyen partes fragmentadas del mensaje), dificultad para la toma de decisiones y estrechamiento del campo de la conciencia. En el [cuadro 2.1](#) se describen algunas de las reacciones inmediatas tras un suceso crítico.

Cuadro 2.1. Reacciones inmediatas tras suceso crítico

<i>ÁREA FISIOLÓGICA</i>	
Opresión en el pecho	Dolor e incapacidad para respirar bien. Produce miedo intenso a patología grave como un infarto ("noto una losa que me oprime")
Taquicardia	Ritmo cardíaco acelerado, superior a 120/min

Tensión muscular	En miembros superiores e inferiores, mandíbula, hombros, espalda, etc. ("me duele la mandíbula, tengo problemas para hablar").
Sequedad de boca	Síntoma neurovegetativo ante la activación
Dolor de cabeza	Debido a la tensión del suceso
Sudoración/escalofríos	
Alteraciones gastrointestinales	Náuseas, vómitos, dolor de estómago, etc.
Visión borrosa	
Hormigueo/entumecimiento	En miembros superiores e inferiores
<hr/> <i>ÁREA COGNITIVA</i> <hr/>	
Bloqueo	Dificultad para reaccionar ante la situación y ausencia de respuesta.
Dificultad para tomar decisiones	Tras la vivencia traumática la persona se siente incapaz para decidir qué quiere hacer, a quién quiere avisar, etc.
Dificultad de concentración	La persona no es capaz de pensar con claridad, su pensamiento será desorganizado y el relato del suceso puede presentar escasa coherencia temporal.
Desorientación	La persona no está orientada en el espacio o en el tiempo después del suceso ("no tengo claro dónde estoy ni lo que ha pasado").
Reexperimentación	Revivir la experiencia traumática, a través de imágenes, olores y sonidos ("me viene constantemente el sonido de su cuerpo al caer").
Síndrome del superviviente	Hace referencia a los pensamientos del superviviente relacionados con la idea de que él debería haber tenido las peores consecuencias del suceso ("soy yo el que

	debería haber muerto y no mi mujer, ella no se lo merecía").
Ideas de culpa	Pensamientos irracionales absolutos y de responsabilidad ("si yo hubiera estado, él no lo habría hecho").
Pensamientos de vulnerabilidad	Ideas relacionadas con la sensación de inseguridad y peligro ("podríamos haber muerto").
<hr/> <i>ÁREA MOTORA</i> <hr/>	
Paralización	La persona presenta dificultad para la marcha asociado al bloqueo emocional y cognitivo.
Agitación	Movimiento de miembros superiores e inferiores, necesidad de moverse continuamente no pudiendo permanecer quieto o sentado.
Llanto	Alivia la tensión emocional y permite la expresión emocional.
Temblores	Movimiento involuntario que se produce en diferentes partes del cuerpo.
Hetero/autoagresividad	La reacción ante un suceso puede ser en forma de ira o enfado con conductas descontroladas y lesivas para uno mismo u otros.
Amnesia disociativa	La persona no puede recordar aspectos del suceso ("no recuerdo cómo he llegado hasta aquí").
Despersonalización	Sensación de estar fuera del propio cuerpo, observando la propia conducta ("parece que ni mi cuerpo es mío, no reconozco mis sensaciones, siento que mi cuerpo no me pertenece, me siento raro, nunca antes he tenido esta sensación").
Desrealización	La persona percibe la realidad como espectador, sintiendo que lo que le rodea

es diferentes y está fuera de su realidad ("esto es una película de la que no formo parte").

<i>ÁREA EMOCIONAL</i>	
Negación	Mecanismo de defensa ante situaciones de alto contenido emocional ("mi hijo no es este que está aquí, él no es el que está muerto").
Desesperación	Reacción emocional caracterizada por la sensación de haber llegado al límite ("no puedo creerlo, no entiendo nada, siento un agobio que me asfixia").
Ira/enfado	Reacción emocional como respuesta al suceso y dirigida hacia uno mismo u otros implicados.
Tristeza	Reacción emocional como respuesta al suceso y caracterizada por bajo estado de ánimo ("siento que mi vida se ha roto, tengo una pena que me ahoga").
Ansiedad	Elevada activación que sobrepasa el sistema de afrontamiento de la víctima.

2.1.2. Contexto de apoyo

La gran mayoría de los expertos considera muy positiva la oferta de un contexto de apoyo en el periodo inmediato al desastre. Proporcionar descanso, información y apoyo a los afectados, atendiendo a sus necesidades prácticas y emocionales inmediatas.

El apoyo práctico y social juegan una parte importante en la recuperación de los síntomas de TEPT, particularmente directamente después de un incidente crítico (NICE, 2005). Este contexto de apoyo consiste en:

- escuchar, proporcionar apoyo y descanso y estar abierto a las necesidades prácticas inmediatas de los afectados;
- proporcionar información real y actualizada sobre el incidente crítico;
- movilizar el apoyo social de las víctimas desde su propio entorno;
- reunificar a la gente con sus convecinos y juntar a las familias;

- normalizar los síntomas de las reacciones a estrés de los afectados.

En la fase aguda y posteriores son preferentes los contactos directos, el interviniente no debe esperar a que los afectados traigan sus problemas por voluntad propia. En el caso de desastres o catástrofes, además se debe facilitar el contexto de apoyo posibilitando a las víctimas contactar con otros que también han sido afectados o que han tenido experiencias similares. Estos contactos se pueden organizar en grupos de autoayuda o grupos de gentes con experiencias similares. En este apartado, los autores del capítulo creen conveniente destacar que, en algunas ocasiones y para algunas personas, estos grupos de autoayuda pudieran no ser beneficiosos puesto que generan sentimientos de comunidad y simpatía entre los componentes llegando a compartir síntomas que antes no estaban presentes en algunos miembros del grupo. Para los niños, el contexto de apoyo se debe procurar a través de los adultos y una red social que esté próxima al niño, puede ser el colegio o algún club religioso, deportivo o musical al que pertenezca. Este contexto de apoyo puede considerarse eje sobre el que pivotan el resto de las directrices. Los expertos creen que este contexto de apoyo debe estar disponible y accesible durante las primeras seis semanas, formando la base desde la que se realizan las intervenciones psicosociales adicionales.

Se pueden distinguir dos tipos de intervenciones psicosociales inmediatas, las intervenciones preventivas y las curativas.

2.1.3. Intervenciones psicosociales preventivas inmediatas

Las intervenciones preventivas inmediatas preconizadas hasta el momento son ofrecer información general; el triaje psicológico; el *debriefing* psicológico; y otros métodos de intervención inmediata.

Existe un consenso mayoritario sobre la oferta de información general a los afectados. La información que se oferte ha de ser breve, básica y concisa, constando de una explicación de las reacciones normales a la situación vivida con un efecto inmediato tranquilizador (ver [cuadro 2.2](#)), proporcionar indicaciones de cuándo buscar ayuda (ver [cuadro 2.3](#)), y sugerir cómo continuar con las actividades rutinarias de la vida diaria. Para los niños la información debería adaptarse a su nivel de comprensión y experiencia. No se debe confundir la oferta de información general con la psicoeducación. La psicoeducación consiste en dar información estructurada, frecuentemente repetida, y formación a los afectados. Pretende cambiar aquellas conductas que están relacionadas con el trauma. No hay base científica que apoye la efectividad de la psicoeducación preventiva. Por lo tanto, el grupo de expertos no recomienda la psicoeducación preventiva, tal y como se define más arriba.

Cuadro 2.2. Reacciones normales a corto y medio plazo

- Problemas de sueño: dificultad para conciliar o mantener el sueño, pesadillas relacionadas con el suceso ("hace tres semanas del accidente y continuo teniendo pesadillas, me despierto sobresaltado casi todas las noches").
 - Problemas de apetito ("no tengo hambre he adelgazado seis kilos, la comida no me sienta bien").
 - Evitación de aquellos lugares o estímulos que recuerdan al suceso ya que provocan un gran malestar emocional y ansiedad ("me siento incapaz de pasar por la calle en la que ocurrió, cuando me acerco siento que me falta el aire").
 - Sintomatología asociada a la ansiedad: taquicardias, presión en el pecho, tensión muscular, problemas gastrointestinales, etc.
 - Apatía: desinterés, falta de energía para realizar las tareas diarias ("desde el accidente todo me cuesta muchísimo, no tengo fuerzas para nada").
 - Anhedonia/Inactividad: se dejan de hacer actividades con las que antes se disfrutaba ("la verdad es que he dejado de ir al gimnasio, no me apetece nada").
 - Aislamiento social: falta de interés por relacionarse con los demás prefiriendo estar solo ("me siento mejor en casa, ya saldré cuando pase un tiempo seguro que después me apetecerá más").
 - Sensación de irrealidad: la persona puede pasar de una aparente normalidad en la que vive su vida cotidiana a periodos de gran malestar, apatía y dolor, con la sensación de que en realidad no ha ocurrido.
 - Aumento de consumo de sustancias (por ejemplo, fuma más).
 - Disminución de la autoestima: producida por la dificultad de enfrentarse a tareas de la vida diaria tras el suceso ("no puedo hacer cosas que hacía antes y me siento inútil").
-

Además de proporcionar información general, en la fase aguda, los primeros intervinientes deben colaborar en el triaje psicológico.

El triaje psicológico consiste en la clasificación de las víctimas según su estado psicológico e identificación de aquellos afectados que tienen trastornos mentales o graves síntomas clínicos que necesitan diagnosis o tratamiento. Por tanto, la función del triaje consistirá en distinguir (Orengo, 2007):

- Aquellos afectados que no padecen ningún trastorno mental ni sintomatología significativa. De hecho, la mayoría de los afectados serán incluidos en este grupo por presentar una recuperación natural a través de sus propios recursos externos e internos. Necesitarán únicamente sentirse apoyados y recibir una cantidad breve de información.
- Aquellos afectados de los que se sospecha puedan presentar un trastorno mental o presentan sintomatología significativa. Este grupo debe recibir apoyo in situ y deberá realizarse un seguimiento posterior (por ejemplo, personas que a priori presentan factores de riesgo de duelo complicado).

- Aquellos afectados que claramente presentan un trastorno mental o sintomatología significativa, y que deben ser diagnosticados y tratados inmediatamente.

Esto implica que los voluntarios y los profesionales necesitan tener alguna formación para reconocer clínicamente los problemas evidentes. No hay evidencia disponible sobre la efectividad del triaje psicológico. En general, se recomienda que los profesionales y los supervisores utilicen las primeras seis semanas para observar a las víctimas muy de cerca. Cuando haya evidencia de problemas clínicos, se debe ofertar un diagnóstico directo y preciso y el tratamiento correspondiente.

Cuadro 2.3. Cuándo solicitar ayuda tras un suceso crítico

- La intensidad de los síntomas no disminuyen pasadas 6-8 semanas.
 - Los síntomas tienen tendencia a aumentar o intensificarse.
 - Se detectan cambios de personalidad marcada (por ejemplo, dependencia emocional, suspicacia, hostilidad).
 - Hay incapacidad de afrontamiento de tareas o situaciones de la vida cotidiana (por ejemplo, falta de rendimiento en el trabajo, deterioro de relaciones, etc.).
 - El problema nos supera y obsesiona.
-

El *debriefing* psicológico es la tercera intervención preventiva. Se puede describir como una intervención en crisis normalizada, cuyo propósito es prevenir y reducir los efectos psicológicos adversos de los acontecimientos traumáticos, adopta formas diferentes, pero con frecuencia se entiende como una única intervención semiestructurada. Ha quedado demostrado que el *debriefing* psicológico después de un acontecimiento traumático no es efectivo en prevenir el TEPT y otros problemas psicológicos y que una sola sesión de *debriefing* puede tener efectos nocivos sobre los participantes. La evidencia científica tampoco apoya el uso del *debriefing* psicológico para niños. Con el objetivo de prevenir el TEPT y otros problemas psicológicos en los afectados, el grupo de expertos recomienda evitar el *debriefing* psicológico como técnica única.

Otros métodos de intervención inmediata disponible son la gestión del estrés por incidente crítico (GEIC) y los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP). No hay indicaciones, en la actualidad, que la gestión del estrés por incidente crítico prevenga el desarrollo de trastornos psicológicos crónicos. El módulo de los PAP, aunque muy prometedor y con una base científica buena, todavía no ha sido suficientemente probado en estudios científicos para valorar su efectividad, sin embargo, es una de las modalidades de respuesta más empleada tras un suceso crítico, desarrollándose más

adelante en este capítulo.

2.1.4. Intervenciones psicosociales curativas inmediatas

Las guías sobre las intervenciones curativas inmediatas se limitan a las intervenciones que se pueden ofertar durante las primeras 6 semanas tras el desastre. La duración del tratamiento para la mayoría de los trastornos más frecuentes post incidente (trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastorno por estrés agudo y TEPT) se dilata más allá de las 6 semanas. Adicionalmente, el TEPT solo se puede diagnosticar cuatro semanas más tarde de la experiencia vital estresante (APA, 2000).

La investigación indica que la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) breve, centrada sobre el trauma durante las primeras semanas después del acontecimiento traumático reducen los síntomas del TEPT en los meses posteriores. Adicionalmente, Echeburúa *et al.* (1996) demostraron que la relajación (ejercicios respiratorios, relajación muscular y autoinstrucciones) no tienen ningún valor añadido a la TCC centrada en el trauma sola. La desensibilización y retroprocesamiento por movimientos oculares (EMDR), a pesar de la acumulación de evidencia de esta técnica como un tratamiento efectivo para el TEPT, todavía no hay suficiente apoyo científico para el uso de la EMDR durante las primeras seis semanas tras un acontecimiento traumático.

La investigación también está inconclusa sobre la farmacoterapia como una intervención inmediata, aunque los expertos son de la opinión de que la farmacoterapia puede considerarse durante la fase aguda del TEPT para el tratamiento de los trastornos del sueño (NICE, 2005). Además, hay indicaciones de que las benzodiacepinas no están indicadas para el tratamiento del trastorno por estrés agudo. Para el tratamiento psicofarmacológico de los trastornos depresivos y de ansiedad, existen guías específicas. Las intervenciones centradas en el puesto de trabajo son intervenciones que se realizan tras un acontecimiento estresante que ocurre en el lugar del trabajo. Hay indicaciones de que las intervenciones centradas en el lugar del trabajo reducen de forma significativa los problemas psicológicos, pero aún está por clarificar qué intervenciones centradas en el lugar del trabajo son más efectivas. El grupo de expertos recomienda que los empresarios deben ofrecer *counselling* tras un acontecimiento traumático que ocurra en el lugar del trabajo (ver [capítulos 10 y 11](#)).

Las intervenciones curativas inmediatas para los niños con problemas clínicos evidentes debieran consistir en un número de sesiones continuadas. Aunque se necesita más investigación, hay indicaciones de que la TCC inmediata centrada sobre el trauma es un método de tratamiento efectivo para los síntomas graves de TEPT en niños mayores de 7 años de edad. No hay evidencia empírica para el uso de la EMDR como una intervención curativa inmediata en niños y adolescentes. El grupo de expertos considera que la evidencia del uso de la farmacoterapia en los niños es demasiado limitada para recomendarla.

En el caso de que existan minorías étnicas afectadas por un suceso crítico o desastre deberían ser abordadas con la mayor regularidad posible y tan adecuadas a su cultura específica como fuera necesario. Los afectados de las diferentes culturas son similares en su expresión de los síntomas asociados al TEPT, al estrés y a los trastornos de ansiedad. Los elementos específicamente culturales consisten en dar información a las víctimas en su lengua materna e implicar a las figuras claves del grupo étnico minoritario.

2.1.5. La organización

La intervención psicosocial posterior a situaciones de emergencia debería integrarse en los procedimientos existentes sobre la gestión de la crisis y debería ofertarse con la regularidad que fuera posible. Aunque hay observaciones de que las intervenciones inmediatas deberían realizarse por intervinientes formados, dada la diversidad de estos intervinientes (incluidos los voluntarios, bomberos, policías, médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales, etc., que se movilizan tras un acontecimiento traumático), no todos tienen una formación adecuada en el ámbito de las intervenciones inmediatas.

Se han sugerido un número de competencias basadas en la evidencia que deberían satisfacer a los trabajadores de la salud pública: escuchar activamente; priorizar y reaccionar ante las necesidades de los afectados; reconocer los problemas psicológicos menores e informar sobre ellos; reconocer los potenciales problemas psicológicos graves e informar sobre ellos; utilizar las técnicas para tratar con el estrés agudo; reconocer los factores de riesgo que dificultan la recuperación y reducir estos factores de riesgo con mayor vigilancia; reconocer y usar los recursos formales e informales para apoyo interpersonal y derivar a la víctima para tratamientos más formales en salud mental. Además, se considera adecuado un centro de información y asesoramiento en la semana posterior en casos de desastre (ver [cuadro 2.4](#)).

Cuadro 2.4. Actividades del Centro de información y asesoramiento

-
- | | |
|----|---|
| 1. | alcanzar y mantener el contacto con todos los afectados |
| 2. | recoger todas las preguntas de los afectados |
| 3. | formular las respuestas a estas preguntas |
| 4. | registrar la condición de los afectados |
| 5. | informar sobre la ayuda que buscan los afectados |
| 6. | fomentar la autoorganización de los afectados |
-

En ciertas situaciones post desastre, se recomienda que especialistas en salud mental se organicen en equipos, consistentes en gente formada en formas específicas de tratamiento basadas en las necesidades de las víctimas. Por ejemplo, tras un desastre

natural los equipos multidisciplinarios de emergencias se desplazan al lugar para realizar intervenciones dirigidas a buscar la recuperación de la estabilidad social e individual de las personas, facilitar el desahogo, orientación, alivio y estabilidad emocional, así como reintegrar a las personas a la vida social, laboral, escolar, familiar y afectivo-emocional a través de intervenciones individuales y grupos (Pacheco y Lasterra, 2008). Finalmente, se necesita evaluación en salud para registrar la salud de los afectados y basados en estas evaluaciones, dar el apoyo adecuado.

Los estudios indican que los individuos que participan activamente en su propio tratamiento y que desarrollen habilidades efectivas de afrontamiento tienen los resultados más favorables y disfrutan de una mejor calidad de vida. El paradigma de la recuperación se refiere a pacientes como individuos que requieren acomodaciones para desempeñar las tareas para llevar a cabo actividades de la vida, y no como individuos que no puede funcionar debido a una discapacidad (Glassheim, 2008).

2.2. Población diana de la intervención en crisis

Una realidad inamovible es que no todo el mundo expuesto a una situación crítica desarrolla problemas psicológicos, hay muchas personas que poseen una resistencia natural para afrontar situaciones extremas. Por otra parte, incluso aquellas personas que se traumatizan poseen mecanismos naturales suficientes para no necesitar ayuda experta. En cierto modo, lo importante es la reacción idiosincrática del sujeto ante el incidente crítico. Ya advertía Theodore Millon (Millon *et al.*, 1999), que algunos individuos hacen un procesamiento cognitivo de la experiencia y requieren distanciamiento emocional, información y asistencia en la solución de problemas y volver a establecer el control mientras se recuperan de una crisis. Por el contrario, aquellas personas que tienen una orientación afectiva tienden mejorar con técnicas de ventilación emocional e intervenciones basadas en la empatía.

Cuando los niños se exponen a un único estresor traumático como un accidente de automóvil, un incidente violento o un desastre, muchos de ellos se recuperarán de forma natural. Sin embargo, una minoría significativa tiene dificultades para volver a la normalidad: entre un 10 y un 30% de los niños expuestos desarrollarán síntomas crónicos, incluido el TEPT.

Podemos establecer una tipología de poblaciones diana en función del grado en el que se han visto implicados en el suceso:

- Víctimas directas: personas que han experimentado directamente el suceso crítico (por ejemplo, mujer que ha sufrido una agresión sexual).
- Víctimas indirectas o testigos: personas que a pesar de no haber vivido directamente el suceso pueden verse afectadas por el suceso (familiares, personal de asistencia, comunidad y organizaciones).

Así mismo, las revisiones sistemáticas sobre la eficacia de una intervención precoz única en adultos no ha demostrado ser eficaz e incluso ha demostrado efectos nocivos. En particular y como ya se ha expuesto anteriormente, el *debriefing* psicológico, donde se solicita a los supervivientes ventilar sus emociones, causa preocupación. Los expertos son de la opinión de que no se debe fomentar la expresión de las emociones negativas inmediatamente después de un acontecimiento traumático, siendo necesaria una mayor investigación para explorar qué podemos hacer. Esto no implica que debiéramos necesariamente abstenernos de aplicar todas las intervenciones inmediatas. Necesitamos estudiar los efectos de los diferentes elementos, como el apoyo social y la calma (Hobfall *et al.*, 2007), y que vayan potencialmente dirigidas a personas que se puedan beneficiar de la intervención, puesto que la mayor parte de la gente mostrará resiliencia (capacidad para hacer frente a las adversidades, superarlas y ser transformado por ellas).

Respecto a la población de niños y adolescentes, Kramer y Landolt (2011) realizaron una revisión sistemática, intentado describir las características de las intervenciones psicológicas inmediatas para niños y resumir estadísticamente en qué medida las intervenciones grupales para niños mejoran más o menos las condiciones de control de los niños. Los autores revisan 7 ensayos en la literatura, la mayoría basados en la teoría cognitiva conductual. La mayoría de las intervenciones incluyen la psicoeducación, la reconstrucción del acontecimiento ("narrativa del trauma"), habilidades de afrontamiento, y apoyo social como elementos principales. Tres estudios incluyeron el *debriefing*. La longitud iba de 1 a 4 sesiones, incluyendo dos intentos basados en Internet. Los autores identificaron varias deficiencias metodológicas en los estudios con problemas cualitativos de moderados a muy altos. Todos los ensayos se centraban en niños con edades comprendidas entre los 6 y los 18 años. Ninguno de los resultados indicó efectos perjudiciales de la intervención inmediata en niños. El efecto medio global, incluía varios resultados (síntomas TEPT, ansiedad, disociación, ira), no era significativo. Sin embargo, los efectos mostraron una tendencia hacia la bondad del tratamiento. Además los efectos sobre la ansiedad y la disociación indicaron una reducción estadísticamente significativa en los síntomas en los niños que recibieron la intervención frente a los niños del grupo control.

Los autores concluyeron que los resultados eran alentadores para las intervenciones inmediatas con niños pero que el metaanálisis no proporcionaba aún respuestas definitivas sobre su eficacia. Al igual que ocurre con los adultos, se necesitan más estudios y el aislamiento de los elementos de intervención para dar una idea más comprensiva de lo que funciona para facilitar la recuperación. Kramer y Landolt señalan que las intervenciones deberían probablemente incluir psicoeducación adecuada a la edad, enseñar habilidades individuales de afrontamiento, implicación de los padres, posibilitar alguna forma de narrativa del trauma, e instaurar un procedimiento secuencial que comience con la detección del riesgo de los niños de desarrollar síntomas.

2.3. Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)

Entre el número de diferentes modalidades de respuesta, los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) emergen como la intervención preferida y se recomiendan en las directrices federales como específica en "El marco de respuesta nacional de 2008" (Departamento de Seguridad Nacional de USA, 2008; ver Uhernik y Husson, 2009).

Los PAP son un modelo basado en la evidencia utilizado en respuesta a sucesos críticos o desastres en los impactados, en las horas y días siguientes a la emergencia, diseñados para reducir el malestar inicial causado por los acontecimientos traumáticos y fomentar a corto y largo plazo el funcionamiento adaptativo y el afrontamiento. Serán utilizados por intervinientes del área de salud mental u otros intervinientes (técnicos en emergencias, policías, bomberos, trabajadores sociales, etc.) formados y requeridos para proporcionar apoyo inmediato durante o tras el suceso.

Según el manual, los principios y técnicas de los PAP cumplen los estándares básicos:

- a) los PAP son consistentes con la evidencia sobre el riesgo y resiliencia posteriores al trauma;
- b) los PAP se aplican y practican sobre el terreno;
- c) los PAP son culturalmente informados y adaptables.

Los PAP son una intervención estructurada que ha sido desarrollada hace unos años para sustituir a las varias formas de los *debriefings* psicológicos. Son entendidos más como un concepto que como una técnica particular. La práctica efectiva de los PAP requiere no solo el desarrollo de competencias en una serie de ejercicios fundamentados en pruebas e intervenciones, sino, aún más, una capacidad profesional consolidada para evaluar situaciones, seleccionar y adaptar las técnicas adecuadas, facilitar las asociaciones y promover la resiliencia (Young, 2006). Los esfuerzos de detección deben emplear instrumentos probados y validados y dirigir la evaluación y el tratamiento de aquellos que lo necesitan (Rona, Hyams y Wessely, 2005).

Por tanto, los PAP van a formar parte de las intervenciones de primera instancia (Slakieu, 1996) y tienen como objetivos principales: restablecer la capacidad de enfrentamiento y afrontamiento del suceso; reducir el peligro de muerte o daño, principalmente conductas agresivas y autolesivas; otorgar apoyo y actuar como enlace con recursos de ayuda.

A pesar de que a lo largo de este manual se van a conocer las estrategias específicas para diferentes sucesos (agresión sexual, accidente de tráfico, violencia, duelo, etc.), se considera adecuado enumerar de forma genérica un conjunto de ocho intervenciones que pueden utilizarse para ayudar a los supervivientes tras un desastre o un acontecimiento traumatizante. Estas ocho acciones y estrategias claves incluyen:

1. Contacto y encuentro

- OBJETIVO: romper la cadena de contagio, con el profesional como freno y reducir el dolor de estar sólo ante la crisis.
- ESTRATEGIA:
 - acercamiento de forma no intrusiva y de apoyo
 - identificación del interviniente
 - demostrar tranquilidad y calma

2. Seguridad y confort

- OBJETIVO: ayudar a satisfacer las necesidades inmediatas de seguridad y proporcionar confort emocional.
- ESTRATEGIA:
 - reducción de estimulación ambiental
 - separación de la fuente de tensión
 - empatía
 - escucha activa
 - aguantar silencios
 - valoración multimodal (sanitaria y psicológica)
 - identificar individuos que necesitan ayuda inmediata o identificar grupos de riesgo (niños, ancianos, adultos con problemas médicos, personas con patología mental, etc.)

3. Estabilización

- OBJETIVO: reducir el estrés causado por el acontecimiento traumático.
- ESTRATEGIA:
 - reducción de desorganización conductual o cognitiva
 - facilitar la expresión y desahogo emocional
 - facilitar el contacto con la realidad y la aceptación de lo ocurrido
 - reestructuración o discusión cognitiva sobre ideas irracionales
 - canalizar reacciones
 - favorecer la puesta en marcha de recursos propios

4. Proporcionar información

- OBJETIVO: gestionar y facilitar la información necesaria para el afrontamiento de la situación
- ESTRATEGIA:
 - información continua de actuaciones que se están realizando o se van a realizar, estado de pacientes, etc.
 - resolver dudas

- control de información de agentes externos
- comunicación de malas noticias

5. Asistencia práctica

- OBJETIVO: crear un entorno donde el superviviente pueda comenzar a resolver los problemas.
- ESTRATEGIA:
 - fomentar el rol activo de la persona
 - facilitar la toma de decisiones

6. Conectar con los apoyos sociales

- OBJETIVO: ayudar a los supervivientes a conectar o reconectar con los sistemas primarios de apoyo.
- ESTRATEGIA:
 - facilitar la búsqueda o contacto con apoyos primarios u otras fuentes de apoyo (familiares, amigos, recursos, etc.)

7. Información de afrontamiento

- OBJETIVO: informar sobre las habilidades de afrontamiento y el concepto de resiliencia para hacer frente al suceso.
- ESTRATEGIA:
 - facilitar información verbal y escrita de reacciones normales a corto y medio plazo tras el suceso.
 - informar de estrategias de autocuidado post-incidente
 - informar de pautas para el cuidado del familiar
 - informar de cuándo se debe pedir ayuda

8. Poner en contacto con los servicios colaboradores

- OBJETIVO: informar a los supervivientes de los servicios que están a su disposición.
- ESTRATEGIA:
 - favorecer la continuidad en el tratamiento
 - facilitar de forma verbal y escrita información de asociaciones, centros, instituciones o servicios sociosanitarios específicos a la situación vivida.
 - realizar seguimiento de aquellos casos donde sea necesario.

Toda la evaluación, intervención y recomendaciones han de quedar por escrito en el Informe de asistencia psicosocial, que deberá entregarse a cada persona atendida (ver [cuadro 2.5](#)). Una vez entregado el informe al interesado, los profesionales deben despedirse de forma cálida y profesional.

La intervención tras una situación de emergencia ha de partir de un enfoque orientado hacia la salud, lo que significa conocer principalmente los aspectos sanos de una persona y los recursos que ella puede desarrollar en conjunto con su entorno. Por tanto, los intervinientes deben hacer honor al adagio de *primum non nocere* (lo primero es no hacer daño), como guía inicial para aplicación de los PAP. El agradecimiento de las personas atendidas en momentos de gran dureza emocional es la recompensa al trabajo bien hecho.

Cuadro 2.5. Información a recoger en informe de asistencia

<i>Datos suceso</i>	<i>Fecha, hora y lugar.</i>
Datos paciente	Nombre, apellidos, edad, sexo, domicilio, teléfono, parentesco con víctima, antecedentes psicológicos o psiquiátricos previos, tratamiento psicofarmacológico, enfermedades y tratamiento, alergias.
Circunstancias del evento	Tipo suceso: natural, accidente, homicidio, suicidio.
Consecuencias	Lesiones leves, graves o muerte. Número de víctimas.
Evaluación	Valoración del estado físico y neurológico. Reacciones inmediatas observadas. Recursos de afrontamiento. Recursos sociofamiliares.
Intervención	Intervención médica. Necesidad de tratamiento farmacológico/psicofarmacológico. Medidas de contención. Traslado. Intervención psicológica en fase aguda, técnicas, objetivos y resultados. Derivación inmediata.
Recomendaciones	Información de recursos de ayuda.

Aunque conocemos mucho sobre los factores de riesgo y resiliencia que siguen a la exposición traumática, existe relativamente poca investigación sistemática sobre los efectos de los varios acercamientos de respuesta a las necesidades en salud mental de los supervivientes en la fase inmediata post-desastre. Hay estudios realizados en grupos especializados como son los intervinientes, o el personal militar pero no en población normal y en distintos grupos etarios. Verdaderamente existen muchas barreras, incluso éticas, para llevar a cabo una serie de estrategias que permitan realizar estudios aleatoriamente controlados en esas situaciones, sin embargo, sería muy conveniente disponer de una evaluación exacta de los resultados de las distintas técnicas utilizadas en salud mental al igual que ocurre con las técnicas de soporte vital (Ruzek *et al.*, 2007).

Tras los primeros auxilios psicológicos, la intervención en crisis de segunda instancia o terapia para crisis, se refiere a un proceso terapéutico breve que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato y se encamina a la resolución de la crisis de manera que el incidente respectivo se integre a la trama de la vida. El efecto que se desea para el individuo es que emerja listo y mejor preparado para encarar el futuro. Según Ruzek *et al.* (2007), la asistencia psicológica secundaria proporcionará "intervenciones adicionales centradas en la psicoeducación, desarrollando y practicando las habilidades de afrontamiento y un mayor empeño en el fomento de la calma, la conectividad, la eficacia individual y colectiva y la esperanza".

2.4. Seguimiento de afectados tras una situación crítica

Cuando hablamos de la respuesta psicosocial inmediata en una emergencia, normalmente se hace referencia al proceso de evaluación e intervención descrito en los anteriores apartados, sin embargo, y a pesar de las dificultades que supone este tipo de intervenciones, sería recomendable que en algunos casos se realizara un seguimiento de los pacientes con los siguientes objetivos:

- Mantener la continuidad de la atención.
- Comprobar la evolución de los diferentes pacientes en función del tipo de suceso crítico por el que fueron atendidos.
- Comprobar las distintas estrategias que utilizaron las personas para afrontar el suceso por el que fueron atendidos.
- Evaluar sintomatología asociada al suceso crítico.
- Evaluar el proceso de duelo en los casos atendidos.
- Confirmar la importancia de la "percepción de apoyo o ayuda" que tienen los pacientes, y cómo esta percepción permite afrontar de forma más eficaz los acontecimientos negativos.
- Informar y asesorar sobre la necesidad de pedir ayuda profesional o recursos asistenciales que puedan ser útiles para el paciente.

La realidad del ámbito de las emergencias es que existen numerosas dificultades para realizar este seguimiento debido a las propias características de la intervención en crisis, realizada en el aquí y el ahora, donde no existe una continuidad en la atención, siendo la única modalidad posible el contacto telefónico posterior, y al mismo tiempo, esta única modalidad de contacto supone una barrera en la relación de ayuda. No obstante, a pesar de estas dificultades, se han desarrollado algunas herramientas útiles de seguimiento post-incidente:

- Seguimiento de pacientes tras emergencia diaria, a través de llamadas telefónicas y realización de una entrevista semiestructurada elaborada ad hoc y basada en criterios psicopatológicos, operacionalizada en datos de ausencia o presencia de clínica psicológica, que a su vez son registrados en una base de datos informatizada. Consta de preguntas sobre la necesidad de atención especializada post-incidente, percepción de la efectividad del tratamiento actual en su caso, ausencia o presencia de criterios compatibles con trastorno depresivo mayor, trastorno por estrés agudo, trastorno por estrés postraumático, trastorno adaptativos y duelo patológico, recursos socio-familiares en la actualidad y recomendaciones tras el seguimiento. Dicha entrevista es realizada por un profesional entrenado y formado, con habilidad para manejar la emotividad que se genera durante la entrevista, analizar la evolución e identificar la necesidad de atención especializada para su derivación.
- Seguidimientos de pacientes tras accidente con múltiples víctimas, desastres o catástrofes: se ha desarrollado una escala llamada índice de riesgo de Colonia (KRI) (Orengo y Pacheco, 2010), con los objetivos prioritarios para detectar factores de riesgo para el desarrollo de secuelas psíquicas tras una catástrofe, clasificar a los afectados en "grupos de riesgo" y dar una orientación a estos grupos. Se aplica tras los cuidados iniciales, en versión papel u online, con posibilidad de ser autoaplicado. Consta de preguntas sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, hermanos, hijos, domicilio y nivel educativo), antecedentes clínicos, sucesos vitales estresantes pre-incidente, cambios en la vida o consecuencias tras el suceso (deterioro de la vida social, aislamiento social, etc.), vivencia de malas experiencias con instituciones, preguntas sobre el propio suceso (cuándo, dónde, lugar, vivencia, estrés percibido, pérdidas cercanas, visión de imágenes impactantes, etc.), preguntas sobre el manejo de la información (nivel de información, creencia de predicción o prevención, culpabilización de lo ocurrido y motivos de la catástrofe). Además, se realizan preguntas sobre aspectos no valorables como los recuerdos de más intensidad, la percepción de ayuda terapéutica, cosas que le han ayudado al afrontamiento, etc. La puntuación final determinará la distribución del caso en uno de los grupos de riesgo establecidos (autocuración, cambiantes y de riesgo).

Existe la necesidad de nuevas líneas de trabajo e investigación para desarrollar herramientas de seguimiento breves, sencillas, validadas y adecuadas para el ámbito de las emergencias psicosociales.

2.5. Conclusiones

Hay un gran cuerpo de literatura científica que muestra que una variedad de experiencias traumáticas pueden causar problemas psicológicos significativos para un gran número de personas. Muchos individuos muestran gran resiliencia en el afrontamiento de tales experiencias y manifestarán reacciones a estrés cortas o subclínicas que disminuirán con el tiempo, y la mayoría de la gente se recuperará sin ayuda médica o psicológica. Sin embargo, algunas personas pueden desarrollar un amplio rango de problemas psicológicos después de la exposición al acontecimiento traumático, incluidas trastorno por estrés agudo, trastorno por estrés postraumático, trastornos somatomorfos y reacciones a duelo patológicas.

Un tema recurrente ha sido la sugerencia de que los esfuerzos deben centrarse en la identificación de las personas con mayor riesgo de desarrollar problemas psicológicos tras la exposición a un acontecimiento traumático y los recursos y las intervenciones deben ir dirigidos sobre todo y fundamentalmente para ellas.

Inicialmente se intentaron trasladar a los escenarios de crisis las técnicas psicológicas de evaluación e intervención aplicadas en la clínica, a veces con resultados contrarios, y aunque todavía falta mucho camino que recorrer en la investigación se sabe cuáles son las técnicas cuyo uso no se aconseja y aquellas que sí son aconsejables. Las técnicas de tratamiento con una base sólida son variantes de la terapia cognitivo-conductual (TCC) y requieren habilidades específicas que deben poseer aquellos que trabajen en las emergencias.

El tratamiento no termina en la intervención inmediata, es conveniente el seguimiento y estudio posterior de las personas atendidas en primera instancia con la finalidad de ir perfeccionando los instrumentos de evaluación y las técnicas de intervención y de este modo realizar una mejor asistencia psicosocial.

3

Accidente de tráfico

"Como un gigante que viene y te cambia el mundo"

Anónimo

No es nuevo decir que un accidente de tráfico es una de las situaciones más traumáticas por las que puede pasar una persona o una familia, ¿quién no ha sufrido o conoce a alguien que haya tenido un accidente de tráfico?

El Plan Mundial para el Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020, establecido por la Asamblea General de Naciones Unidas en marzo de 2011, plantea como objetivos estabilizar y, posteriormente, reducir las cifras previstas de víctimas mortales en accidentes de tránsito en todo el mundo, aumentando las actividades en los planos nacional, regional y mundial. Se pide a los Estados miembros que lleven a cabo actividades en materia de seguridad vial, particularmente en los ámbitos de la gestión de la seguridad vial, la infraestructura viaria, la seguridad de los vehículos, el comportamiento de los usuarios de las vías de tránsito, la educación para la seguridad vial y la atención después de los accidentes.

Según datos que ofrece el Plan Mundial para El Decenio de Acción para la Seguridad Vial 2011-2020, cada año, cerca de 1,3 millones de personas fallecen a raíz de un accidente de tránsito -más de 3.000 defunciones diarias y más de la mitad de ellas no viajaban en automóvil. Entre 20 millones y 50 millones de personas más sufren traumatismos no mortales provocados por accidentes de tránsito y tales traumatismos constituyen una causa importante de discapacidad en todo el mundo.

En España según datos del Ministerio del Interior en 2011 se produjeron 1.338 accidentes mortales (accidente de circulación en el que al menos una persona ha resultado fallecida en las primeras 24 horas) con el resultado de 1.479 víctimas mortales (persona que ha resultado fallecida en accidente dentro de las primeras 24 horas), 14,5% menos que en 2010, 7.069 heridos graves (persona herida en un accidente cuyo estado precisa de una hospitalización superior a 24 horas), 9,8% menos que el año anterior.

Importante también es la cifra de atropellos a peatones, con resultado de fallecimiento de 151 personas, lo que supone un 10,2% del total de víctimas mortales. Según el índice de duelo o Grief Index hay un promedio de 6 personas afectadas por muerte, lo que supone que cada año tendríamos unos 8.874 casos de duelos complicados en nuestro país por accidente de tráfico (Payas, 2010).

Para obtener un perfil del tipo de accidentes que se atienden, la Dirección General de Tráfico en su balance anual de 2011 detalla, entre otros datos, los siguientes: los ocupantes de turismos fallecidos son 824 (55,7% del total) de ellos 183 no llevaban cinturón de seguridad, 235 (15,9%) eran motoristas, de los cuales cinco circulaban sin casco, y 32 (2,2%) eran ciclistas. Son las salidas de vía las que producen más víctimas mortales con un 37% del total, colisión frontal un 22% y colisión fronto-lateral un 13%. En cuanto al tipo de vía, en la carretera convencional se produjeron el 78% de los accidentes con fallecidos, siendo la autopista donde se producen menos víctimas 4,3%.

A pesar de estos datos, existen dos posiciones generalizadas de no aceptación de los accidentes de tráfico por un sentimiento de invulnerabilidad ("eso no me va a pasar a mí"), viviendo los accidentes de tráfico en muchas ocasiones como algo ajeno a nosotros, u otra postura social basada en la inevitabilidad de los accidentes como parte de la conducción.

Sin embargo, los datos expuestos son devastadores y suponen poner en marcha multitud de recursos humanos, técnicos y materiales a nivel sanitario, social y económico tanto desde el mismo momento del accidente hasta en ocasiones mucho tiempo después.

Uno de estos recursos es el apoyo psicosocial inmediato en accidentes de tráfico y será objeto de este capítulo la descripción de todas aquellas actuaciones que deben realizarse y cuya población diana son las víctimas directas que resultan heridas leves o ilesas, así como los familiares o allegados de los accidentados.

3.1. Características específicas del escenario

Un accidente de tráfico es un suceso traumático por las siguientes características:

- Es inesperado, no buscado ni querido (excepto en aquellos casos en los que la persona lo provoca voluntariamente, por ejemplo como método autolítico).
- Produce una gran confusión en la persona, rompiendo su equilibrio personal.
- Repentino y breve: todo ocurre en un intervalo de tiempo muy corto en apenas unos segundos o minutos se produce el accidente sin que la persona tenga apenas tiempo de reaccionar ("estaba mirando el paisaje y hablando sobre lo que íbamos a hacer cuando llegáramos, abrí los ojos y todo había sucedido").
- Puede tener consecuencias dramáticas e irreversibles con las que las víctimas deben aprender a vivir. Es el caso de fallecimientos y discapacidades permanentes.

- Desborda los recursos de afrontamiento de la persona, aquellas estrategias de afrontamiento que normalmente se ponen en marcha, en este caso pueden no servir.
- Producen un gran sufrimiento en los afectados sobre todo en los casos en los que existe una causa externa, es decir, son provocados por otras personas que no cumplen las normas de seguridad vial, como ocurre por ejemplo, en los casos de consumo de alcohol, exceso de velocidad provocando sentimientos de indignación y haciendo muy difícil aceptar lo ocurrido. El 12,3% de las víctimas de accidente de tráfico desarrollan un trastorno de estrés postraumático (TEPT), los índices más altos corresponden a aquellos sucesos que son provocados deliberadamente por el ser humano (Echeburúa, 2005).
- Quiebra en el sentimiento de seguridad (desbordamiento de las propias estrategias de afrontamiento), vivencia súbita de indefensión, percepción de incontrolabilidad ante el futuro, y pérdida de la confianza básica en sí mismo y en los demás (Echeburúa, 2005).
- Cuando alguien padece una experiencia traumática, sus ideas sobre el mundo y sobre sí mismo son puestas en tela de juicio (Ramos, 2000).

Por tanto, los accidentes de tráfico tienen unas características concretas que requieren de una intervención específica, por el contexto en el que se producen y por las personas que resultan afectadas. Dependiendo de las consecuencias, en muchas ocasiones supone marcar un antes y un después en sus vidas.

3.1.1. Medidas de autoprotección para los profesionales

Cualquier intervención en un accidente de tráfico debe comenzar por cuidar al máximo las medidas de autoprotección, medidas fundamentales que no siempre son conocidas o seguidas por los profesionales. La sensibilización y formación en materia de seguridad debe ser un objetivo prioritario en la emergencia extrahospitalaria. Cuidar la integridad física y psíquica del profesional debe ser el primer paso para poder auxiliar a los demás ya que de no ser así dificultará y añadirá más peligro a la zona del incidente.

La asistencia de rescate, sanitaria y psicosocial se realiza en condiciones adversas, debido al lugar donde se realiza la intervención, ya sea en zonas rurales, urbanas o autopistas son lugares que entrañan una peligrosidad tanto para los profesionales como para los afectados. Lo primero que debe realizarse es una valoración inicial que implica:

1. Valoración de la seguridad: detectar peligros para los profesionales y pacientes (por ejemplo, identificar mercancías peligrosas, riesgo de explosión, vehículos inestables que pudieran caer o volcados, cables eléctricos, cristales, etc.).
2. Valoración de la escena: respecto a las características materiales del accidente

(por ejemplo, cuántos vehículos están implicados).

3. Valoración de la situación: valoración inicial de los pacientes mediante triaje, evitando la "visión de túnel" (efecto por el cual los intervinientes se centran sólo en el paciente olvidando el resto de los aspectos implicados en el suceso).

Para lograr un escenario de trabajo seguro, serán las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado los responsables de señalizar el accidente para garantizar la seguridad de los demás profesionales, en caso de no encontrarse en el lugar del suceso a la llegada de los vehículos asistenciales estos serán los encargados de la protección del escenario debiendo colocar el vehículo a 25 metros del lugar de actuación y 75 metros en vías rápidas, siempre con señales luminosas encendidas. La primera función de los bomberos será desconectar el vehículo accidentado para evitar posibles riesgos.

Respecto a las medidas de seguridad que proporcionan la indumentaria del interviniente están:

- Utilización de casco.
- Utilización de guantes de látex y anticorte.
- Uso de linternas en caso de escasa visibilidad.
- Utilización de gafas antisalpicaduras.
- Uso de calzado adecuado con sujeción de tobillos.
- Ropa reflectante.
- Ropa ignífuga.

A la peligrosidad del lugar se suman los estresores a los que profesional debe hacer frente en una situación crítica como es un accidente de tráfico y por tanto deberá poner en marcha estrategias de autoprotección emocional (ver [capítulos 10 y 11](#)).

3.2. Intervención psicosocial inmediata tras un accidente de tráfico

A las cuatro de la tarde se produce una colisión entre dos vehículos que circulaban en el mismo sentido en una autopista rápida. En uno de los vehículos resulta fallecido su único ocupante y en el otro turismo ocupado por tres personas una fallecida, una herida moderada y otra ilesa. La intervención psicosocial se produce en un escenario complicado por los múltiples peligros que entraña, ser una autopista de vía rápida donde continúan circulando vehículos hasta que las fuerzas de seguridad controlen y desvíen el tráfico, un escenario con materiales cortantes e inflamables, un ambiente estresante de sirenas y luces donde trabajan rápidamente distintos profesionales, sanitarios, policías, bomberos, personal de limpieza de vía pública, etc. Se trata de un lugar dramático para el afectado ileso que observa el suceso y vive las consecuencias en primera persona de un familiar del fallecido y otro herido, además del fallecimiento del ocupante del otro

vehículo. En este ejemplo, el herido ileso será la persona objeto de asistencia psicosocial inmediata.

Con demasiada frecuencia conocemos casos en los que las heridas físicas son atendidas con gran eficacia sin que ocurra lo mismo con las heridas psíquicas. Sólo con conocer algún caso de los que se diluyen en las estadísticas semanales de accidentes de tráfico se puede observar que, en no pocas ocasiones, no se tiene en cuenta el sufrimiento psicológico, lo que supone una especie de crueldad innecesaria sobreañadida (Duque, 2008).

Cuando se recibe una llamada en la Central de Comunicaciones de Emergencias por un accidente de tráfico, se activan inmediatamente todos los servicios asistenciales y recursos logísticos necesarios para abordar el suceso, garantizando unos tiempos óptimos de respuesta, acceso rápido al lugar del suceso e información disponible para las unidades asistenciales activadas. Se requiere por tanto una labor multidisciplinar, donde los distintos profesionales (policías, bomberos, sanitarios, psicólogos u otros) deben actuar de forma coordinada para el buen desempeño de la intervención, teniendo asignadas funciones y tareas específicas. Será fundamental que cada profesional conozca los protocolos de actuación y tenga muy claro cuáles son sus funciones para no interferir en el trabajo de otros compañeros.

Los bomberos tendrán entre sus funciones el rescate del paciente y el manejo de los vehículos. Las fuerzas y cuerpos de seguridad serán los encargados, entre otras tareas, de regular el tráfico, seguridad y realizar un informe o atestado sobre las características del incidente, teniendo en cuenta el croquis del accidente, declaración de testigos y afectados. Serán los encargados de informar in situ a la víctima ileso o muy leve sobre los trámites que debe seguir, por ejemplo, para realizar su declaración en el atestado, plazos de denuncia, gestiones con su compañía de seguros, etc. El personal sanitario tendrá la función de valorar, asistir y trasladar si es necesario a un centro hospitalario al lesionado. En cuanto a la labor del equipo psicosocial, principalmente su función estará encaminada a evaluar el estado emocional de víctimas implicadas en el accidente (ver [cuadro 3.1](#)), poner en marcha los primeros auxilios psicológicos, facilitar in situ el proceso de declaración de los implicados, comunicación de malas noticias si hay víctimas mortales o acompañamiento en traslado hospitalario a familiares o implicados.

Cuadro 3.1. Personas objeto de atención psicosocial inmediata

<i>Víctima</i>	<i>Quién</i>	<i>Afectación</i>
Directa/ Primarias	Persona directamente afectada, involucrada en el accidente.	Física: ilesa o leve. Psicológica: afectado en diferente grado.
Indirecta /Secundarias	Familiares y allegados no involucrados en el accidente.	Psicológica: afectados en diferente grado.
Terciarias	Profesionales implicados en la intervención.	Física: pueden resultar heridos durante la atención. Psicológica: afectados en diferente grado.

La intervención psicosocial posee objetivos y estrategias diferenciadas en función del tipo de víctima o afectación.

3.2.1. Intervención psicosocial con víctimas directas

¿Cómo se siente una persona de forma inmediata tras un accidente de tráfico? El despertar de los primeros momentos está caracterizado por un baile de emociones y pensamientos cargados de negación, defensa, dudas respecto a la propia seguridad, confusión, irrealidad, miedo, con dificultad para saber qué sentir o qué pensar, etc., dentro de un escenario con nuevos personajes (personas que no se conocen) y con un ansia por tener información y saber qué ha pasado para localizarte, recolocarte y entender (Coto, 2012).

La intervención psicosocial se enfrentará a víctimas con muy diversas reacciones, todas ellas normales ante la situación anormal que están viviendo, desde personas con conductas adaptadas que controlan sus reacciones e incluso pueden auxiliar a los demás hasta individuos que presentan un bloqueo que les impide ser conscientes de la situación y vagan por la carretera sin rumbo. Las reacciones que podemos encontrar en víctimas directas o indirectas tras un suceso crítico como es un accidente de tráfico han sido desarrolladas en el [capítulo 2](#).

Existe un riesgo real de autolisis, en conductores que puedan autopercibirse como culpables del accidente, no perder de vista a los implicados incólumes (Llorente, 2008).

Estas reacciones deben ser abordadas de forma inmediata por profesionales formados y entrenados como mínimo en primeros auxilios psicológicos en emergencias.

Es obvio que, si estamos hablando de trauma psicológico, sean los psicólogos los que intervengan en el conocimiento, valoración y ayuda en situaciones de emergencias (Duque, 2008).

Las características compartidas por las personas que deben ser objeto del apoyo psicosocial son:

- Forman parte del suceso, ya que lo han vivido en primera persona y han podido experimentar miedo ante su propia integridad física.
- Son heridos leves o ilesos.
- Es posible que no tengan apoyo social inmediatamente después del incidente.
- Serán los encargados de informar a otros familiares, siguiendo las pautas de los profesionales.
- Deben hacer frente a procesos policiales y judiciales.

Teniendo en cuenta las características del escenario y las características de las diferentes víctimas, las pautas de intervención han de ir adaptándose a las características del suceso y del paciente. Estas pautas de intervención se diferencian atendiendo a las siguientes fases:

- Fase 1: Contacto con el paciente y adaptación de la intervención (ver [cuadro 3.2](#)).
- Fase 2: Desarrollo de la intervención (ver [cuadro 3.3](#)).
- Fase 3: Cierre y despedida (ver [cuadro 3.4](#)).

Cuadro 3.2. Fase 1: Contacto y adaptación de la intervención

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>
– Contactar con la víctima	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación del profesional • Llamar a la víctima por su nombre • Facilitar la relación de ayuda y la atención individual
– Separar a la víctima de la fuente de tensión	<ul style="list-style-type: none"> • Trasladar a la víctima a un lugar seguro para reducir la peligrosidad del escenario, el impacto emocional y la sobreexposición
– Proporcionar seguridad	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto físico • Escucha activa y empatía
– Evaluación de reacciones inmediatas	<ul style="list-style-type: none"> • Observación de área fisiológica, cognitiva, motora y emocional • Facilitar expresión emocional y verbal

- Facilitar la expresión emocional y verbal mediante estrategias de comunicación verbal y no verbal (misma altura del paciente, contacto visual, contacto físico adecuado, tono de voz tranquilo, adaptando el lenguaje a la persona etc.)

Es aconsejable trasladar al paciente a un vehículo o lugar adaptado para favorecer su privacidad aunque en ocasiones, debido a las reacciones, la víctima no podrá permanecer en un lugar cerrado y pequeño como es el habitáculo de una ambulancia, en este caso se hará lo que desee la persona, siempre cuidando la integridad física de ésta. Es importante proteger a la persona de curiosos ya que el morbo de los desconocidos puede provocar en la víctima reacciones de rabia. En estos casos, las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado pueden delimitar el espacio de la intervención.

Después de un accidente de tráfico comienza una investigación sobre cuáles han sido las circunstancias y factores implicados en el accidente a la que hacer frente, siendo importante que el afectado conozca los pasos a seguir (declaración de lo sucedido, prueba de alcoholemia, etc.). También se debe informar del estado y maniobras sanitarias realizadas a sus familiares, debe saber que se está haciendo todo lo humano y técnicamente posible por sus seres queridos, siempre la información debe ser veraz y objetiva y en caso de ignorar los datos es preferible decir un "no sé" a dar información incorrecta, indicando que se hará todo lo posible por aclarar esas dudas buscando la fuente de información adecuada. El psicólogo sirve de puente de información entre los familiares asistidos sanitariamente y la víctima ilesa, esto dará a la persona mayor sensación de control y seguridad a la vez que reduce la ansiedad e incertidumbre.

Cuadro 3.3. Fase 2: Desarrollo de la intervención

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>
– Reducción de reacciones de elevada activación, agresividad, pánico o bloqueo	<p>– Observar a la víctima para actuar según sus reacciones y necesidades</p> <p>– Actuar sin precipitarse, con sentido común</p> <p>– Respiración abdominal/bolsa</p> <p>– Habilidades de comunicación (tono de voz tranquilo, mensajes claros, repetición, etc.) (ver cuadro 3.5)</p> <p>– No minimizar, no juzgar ni dar consejos</p>

- Facilitar la integración de lo ocurrido
 - Facilitar expresión emocional y verbal
 - Favorecer un relato coherente y secuenciado del suceso
 - Pruebas de realidad
 - Normalización de sintomatología
 - Etiquetado emocional (poner nombre a lo que me pasa, reduce la intensidad percibida)
 - Reducción de ideas distorsionadas (ideas de culpa, catastrofistas, etc.)
 - Confrontación activa (facilitar que piensen o hablen abierta y deliberadamente acerca de sucesos importantes para ellos, a la vez que admiten sus emociones. Ayuda a los individuos a comprender y asimilar finalmente la experiencia)
 - Satisfacer necesidades básicas
 - Atender necesidades que puede presentar la víctima, por ejemplo ropa de abrigo, agua, comida, etc.
 - Facilitar información para reducir incertidumbre
 - Información continua sobre el estado de los implicados, lugar de traslado, trámites, etc.
 - Información de actuaciones realizadas
 - Comunicación de malas noticias
 - Fomentar una actitud activa
 - Fomentar la toma de decisiones
 - Fomentar que la persona tenga iniciativa desde el primer momento
 - Favorecer la sensación de control
 - Reconocer el esfuerzo de la víctima para enfrentarse a la situación
-
- Propiciar apoyo social adecuado
 - Apoyo en búsqueda
 - Localizar a familiares o allegados para informarles del suceso
 - Asegurar la compañía del paciente
 - Facilitar despedida de persona fallecida
 - Crear un ambiente íntimo
 - Visualización en imaginación previa
 - Apoyo en proceso inicio de duelo
 - Acompañamiento

- Favorecer la aceptación de la pérdida.
- Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida
- Identificar factores de riesgo de duelo complicado

El apoyo social es una herramienta fundamental para la superación del trauma. Se localizará a familiares para que conozcan el suceso, esta información es preferible que la facilite el propio afectado, asesorándole previamente de cómo hacerlo, consiguiendo de esta forma la actitud activa que se pretende desde el primer momento, a no ser que la víctima decida que sea el profesional quien lo haga. Se esperará a que llegue algún familiar o allegado que suponga para la persona un apoyo social adecuado, evitando dejar sola a la persona.

En caso de haber víctimas mortales, la notificación del fallecimiento recaerá en el médico, o en quien éste delegue, siendo favorable un profesional con conocimientos en comunicación de malas noticias. Así mismo, se podrá facilitar la despedida del cadáver siguiendo unas pautas determinadas (ver [capítulo 9](#)).

En estos primeros momentos se trabajará en las dos primeras tareas del duelo, la aceptación de la pérdida y trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, según las tareas para elaborar el duelo (Worden, 1997).

Cuando hablamos del traslado al hospital, si se trata de una víctima directa que resulta ilesa, se debe tener siempre en cuenta la gravedad y tipo de accidente. En colisiones fuertes todos los ocupantes del vehículo podrán resultar dañados de diferente consideración, sin embargo todos han sido afectados por la misma energía que produce el impacto. Por ello el paciente leve o ileso debe ser trasladado al hospital para valoración por la biomecánica del accidente.

Cuadro 3.4. Fase 3: Cierre y despedida

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>
– Traslado al hospital	<ul style="list-style-type: none"> – Asesoramiento en la realización de trámites en el hospital – Mantenimiento del apoyo psicológico anterior durante el traslado
– Asesorar sobre pautas preventivas y de asesoramiento	<ul style="list-style-type: none"> – Informar sobre reacciones y pautas de afrontamiento a corto, medio y largo plazo (ver cuadro 3.6) – Reforzar las capacidades propias de afrontamiento que ha demostrado ante la situación
– Orientar sobre recursos de ayuda	<ul style="list-style-type: none"> – Informar sobre recursos sociales o asistenciales.

	<ul style="list-style-type: none"> – Asesorar sobre pautas a seguir – Explicar cuando se debe acudir a ayuda especializada
– Entregar informe de asistencia	<ul style="list-style-type: none"> – Dejar constancia de la intervención psicosocial realizada – Escribir información relevante para el paciente
– Cierre	– Ofrecer una despedida cálida y profesional

Por otro lado, toda información que se facilite para orientar y asesorar es conveniente que se dé por escrito en el informe de asistencia psicosocial, aunque previamente se haya dado verbalmente al afectado y a familiares. La información más relevante se debe facilitar a los familiares emocionalmente más estables, ya que éstos tienen mayor capacidad de atención y comprensión.

Toda intervención debe finalizar con una despedida formal pero cálida, ya que se han compartido momentos dramáticos. El agradecimiento de las personas atendidas en momentos de gran dureza emocional es la recompensa al trabajo bien hecho.

Cuadro 3.5. Estrategias de comunicación

<i>Estrategia</i>	<i>Desarrollo</i>
Escucha activa	La persona debe considerar que el profesional le está entendiendo, que no sólo recibe datos sino que le llega la información y que es entendido. Se debe escuchar un 80% y hablar un 20%.
Empatía	Actitud que debe tener el profesional demostrando su interés por el afectado, mostrar la capacidad de ponerse en el lugar de la víctima sin perder el lugar que tiene como interviniente.
Parafrasear	Por ejemplo resumir brevemente la información que da el paciente, asentir con la cabeza, estos serán indicadores que harán que la víctima entienda que está siendo comprendido.
Preguntas abiertas	Las preguntas abiertas permiten un mayor desahogo emocional y obtener mayor

información.

Preguntas graduales

Siempre se debe comenzar por preguntas de menor impacto emocional e ir trabajando la posible sintomatología que pudiera aparecer con el relato.

Manejar silencios

Favorecen la reflexión, la asimilación y la aceptación personal del suceso, la relocalización de la información, el lenguaje interior con uno mismo. Estos silencios pueden incomodar al profesional pero objetivamente nunca son tan largos como puedan percibirse. El silencio también puede ser una muestra de apoyo, en especial en las situaciones muy emotivas en las que posiblemente no haya nada que decir.

Cuadro 3.6. Pautas de afrontamiento

<i>Objetivo</i>	<i>Desarrollo</i>
Volver a la normalidad	Cuanto antes, la persona debe volver a su vida diaria, la estabilidad del día a día favorece la recuperación Reduciendo conductas de evitación (por ejemplo, no conducir)
Normalizar	La víctima debe interpretar sus síntomas como normales y necesarios para el afrontamiento adecuado del suceso vivido
Expresar pensamientos y sentimientos	No evitar hablar del accidente aunque resulte doloroso
Compartir la experiencia	Compartir la propia experiencia con personas que hayan vivido una situación similar
Realizar un plan de autocuidado	Descansar, dormir, alimentarse correctamente, hacer ejercicio, no consumir sustancias tóxicas, etc.
Hacer planes	No es momento de plantearse grandes

	cambios ni objetivos a largo plazo, pero sí pequeñas metas a corto plazo alcanzables que aporten refuerzos positivos y aumenten la autoestima
Hacer actividades gratificantes	Disfrutar de actividades de ocio sin sentirse culpable
Buscar apoyo social	Buscar espacios donde compartir cómo se siente, qué piensa, etc., así como compartir espacios de distensión. Las personas que sufren un suceso traumático quieren que se les trate como siempre ya que son las mismas personas
Pedir ayuda	Si pasadas cuatro o seis semanas del accidente la sintomatología se intensifica y no se puede volver a la vida diaria, solicitar ayuda profesional
Buscar asesoramiento legal	Dependiendo de la característica del accidente es posible que se requiera ayuda legal

Una vez revisadas qué herramientas de intervención se pueden poner en marcha con personas implicadas en un accidente de tráfico (víctimas ilesas, leves o implicados directos), es importante que los profesionales de emergencias que realicen directamente tareas de rescate o sanitarias pongan en marcha también ciertas estrategias específicas que en última instancia mejorarán la asistencia prestada, y facilitará notablemente la labor de recate y de asistencia sanitaria. Por ejemplo, un accidente de tráfico donde un camión ocupado por dos personas colisiona contra un pilar de un puente. A la llegada de los servicios de emergencia, uno de los ocupantes se encuentra en estado muy grave y otro está atrapado y consciente.

Algunas de las estrategias que mejorarán sin duda la intervención son:

- El profesional se identificará por su nombre y preguntará el nombre al paciente (obviamente si está consciente).
- Utilizar un tono de voz que transmita calma, con mensajes sencillos y cortos.
- Facilitar mensajes de seguridad, insistiendo en que se está para ayudar y que se hará lo más rápidamente posible (por ejemplo, "ya estamos aquí, venimos a ayudarte y lo haremos todo lo rápido que nos sea posible").
- Dar mensajes de tranquilidad (por ejemplo, "no te dejaremos solo", "te

- ayudaremos"). Se puede reforzar con el contacto físico.
- Facilitar información en todo momento sobre asistencia y maniobras que se van a realizar. Esto favorece la seguridad y reduce la ansiedad e incertidumbre (por ejemplo, "ahora vamos a quitar la puerta del coche para poder sacarte", "te colocaremos una mascarilla con oxígeno para que puedas respirar mejor").
 - Ser empáticos (por ejemplo, "imaginamos que lo estás pasando mal, que te duele el brazo y que no puedes sacar las piernas, que estás asustado y tienes miedo, es normal, estamos aquí para ayudarte y te vamos a sacar del coche").
 - Reforzar el esfuerzo de la víctima de forma constante (por ejemplo, "lo estás haciendo fenomenal, muy bien, ya nos queda poco y estarás en la ambulancia").
 - Dar información del resto de víctimas. En el caso de existir más ocupantes en el vehículo, nunca se debe mentir sobre su estado, pero se puede retrasar la información dolorosa hasta que la víctima se encuentre en una situación más favorable, en cualquier caso se indicará que también están recibiendo la asistencia que necesitan (por ejemplo, "tu compañero está siendo valorado por los médicos. Cuando podamos, te informaremos de su estado, hay muchos profesionales ayudándole").
 - Complacer necesidades de la víctima (por ejemplo, "vamos a llamar a tus padres, para que vayan yendo al hospital").
 - Reducir ideas distorsionadas o sentimientos de culpabilidad o fracaso. En el caso de ser conductor es frecuente, aunque no objetivo, que este se sienta culpable por no haber podido impedir el accidente (por ejemplo, "has hecho todo lo posible pero era muy difícil impedir la colisión").
 - Transmitir mensajes positivos (por ejemplo, "estás siendo muy fuerte, nos estás ayudando mucho").

3.2.1.1. Atención psicosocial en caso de atropello: atención al conductor

Como se ha tratado en la introducción de este capítulo, los atropellos suponen un porcentaje muy elevado de accidentes de tráfico, se maneja la cifra de 151 peatones fallecidos en 2011 y esto sólo es el dato de atropellos con resultado de muerte, por lo tanto el número total de atropellos con peatones heridos de diferente consideración es infinitamente mayor.

La atención psicosocial debe abarcar a todas las partes implicadas en un accidente de tráfico, en los atropellos, de forma inmediata se piensa en el peatón y en su asistencia sanitaria pero existe otra parte, normalmente ilesa que está viviendo una situación altamente estresante, es el caso del conductor y los posibles ocupantes de su vehículo. Múltiples son las causas de un atropello, desde la incorrecta conducción, peatones que cruzan de forma indebida a causas totalmente fortuitas.

Cuando las distintas unidades intervinientes acuden al lugar del suceso, será labor del equipo psicosocial realizar una valoración y, en caso necesario, realizar una intervención con el conductor del vehículo, el cual puede presentar las mismas manifestaciones que cualquier persona que atraviesa por un suceso traumático. Así mismo, las pautas de intervención a poner en marcha serán las mismas que las ya descritas, sin embargo, existen puntos importantes que se deben tener presentes en el contexto de un atropello. El conductor experimenta una situación caracterizada por:

- Sufrir en primera persona y de forma directa un accidente de tráfico, donde él mismo podría haber resultado herido.
- Presentar un sentimiento de impotencia por no haber podido evitarlo, independientemente de las causas.
- Visualizar de forma directa las consecuencias del atropello (lesiones en el peatón).
- Tener que llamar a los servicios de emergencias y verse en la obligación de dar una "primera ayuda" mientras llegan los recursos asistenciales.

Por tanto, será conveniente que en estos casos y de forma paralela a la asistencia sanitaria del peatón, se ofrezca al conductor una asistencia psicosocial mediante la consecución de objetivos específicos y el empleo de estrategias con la finalidad última de favorecer el afrontamiento y asimilación de lo sucedido (ver [cuadro 3.7](#)).

Cuadro 3.7. Objetivos y estrategias de intervención

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategias</i>
Facilitar los trámites al afectado	<ul style="list-style-type: none"> – Anticipar pasos que deben seguirse: declaración para el atestado y pruebas tóxicos. – Reducir ansiedad ante la novedad y miedo a lo desconocido.
Favorecer la declaración	<ul style="list-style-type: none"> – Estabilizar emocionalmente al paciente. – Coordinación adecuada entre distintos profesionales. – indicar cuando el conductor está preparado para declarar.
Optimizar la intervención psicosocial	<ul style="list-style-type: none"> – Intervenir de forma separada con conductor y familiares del peatón atropellado. – Evitar contagio emocional de enfrentamiento por ambas partes. – Facilitar expresión emocional de ambas

Trabajar sentimientos que producen malestar emocional integrar la experiencia traumática	partes. – Reestructurar pensamientos de culpabilidad por el suceso. – Facilitar expresión de sentimientos de miedo sobre: estado de peatón, qué pasará en el futuro próximo. – Facilitar información. – Facilitar el relato de imágenes impactantes que haya podido presenciar. – Normalizar la reexperimentación del suceso en forma de imágenes, ruidos de impacto del cuerpo contra el vehículo, frenazo del coche, etc. (por ejemplo, "todavía escucho el golpe del chico contra mi coche"). – Explicar formas de afrontamiento ante la posible reexperimentación.
Mantener actitud adecuada profesional en el	– Evitar juzgar o dar consejos. – Presentar una actitud objetiva ante los hechos.

La intervención realizada debe partir de la idea de que un accidente de tráfico nadie lo quiere ni lo busca (salvo en casos muy excepcionales, por ejemplo, camicaces que pretenden suicidarse conduciendo en dirección contraria), no se pretende causar daño ni sufrimiento a nadie (por ejemplo, una persona cuando sale a las ocho de la mañana de su casa para ir a trabajar, no pretende atropellar a nadie, el accidente le causará un gran malestar). Serán los jueces los que decidirán la culpabilidad o no del conductor, no el profesional de emergencias.

Por último, serán las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado los profesionales que realicen la investigación del accidente e informen al interesado sobre los trámites legales a seguir. El conductor, dependiendo del atestado, se enfrentará a un proceso más o menos largo a nivel judicial, lo cual a su vez puede repercutir en los distintos ámbitos de su vida (personal, familiar, social, laboral, etc.).

3.2.2. Intervención psicosocial con víctimas indirectas

La asistencia psicosocial se amplía a las víctimas indirectas que puedan necesitar de apoyo psicológico tras conocer la noticia del accidente de tráfico. Dicha atención puede iniciarse de diferentes formas, entre ellas:

- Mediante llamada telefónica: una de las peores experiencias que puede vivir una familia es recibir una llamada para informarles de que algún ser querido ha sufrido un accidente. Lo primero que debe hacer el profesional es identificarse así como identificar y verificar los datos de los que se dispone, es fundamental asegurarse de que se habla con la persona correcta, identificando parentesco, nombre y apellidos del herido y de la persona con la que se habla. La información se debe facilitar con la mayor calma posible, con datos objetivos y reales sobre el suceso y estado del herido, con un lenguaje claro, sencillo y con mensajes cortos para que la persona sea capaz de comprender y asimilar la información. Se finalizará la llamada dando instrucciones sobre los pasos, actuaciones o trámites a realizar y siempre recomendando que no estén solos. En caso de acudir los familiares al lugar del suceso, se debe recomendar que no sean ellos los que conduzcan el vehículo y sea otra persona con menor impacto psicológico.
- Informando personalmente: si es posible sería más recomendable ir en persona a informar del suceso, identificando como en el caso anterior a ambas partes. Es conveniente acudir al domicilio acompañado de fuerzas y cuerpos de seguridad.
- Familiares o allegados se encuentran en el mismo lugar del suceso: es posible que se encuentren con la persona herida en el momento del accidente (por ejemplo, en el caso de atropellos cuando ambos cruzan y uno de ellos es atropellado) o bien que acudan al lugar tras conocer el suceso (por ejemplo, cuando viven por la zona y alguien les avisa).

En cualquiera de estos casos, las víctimas indirectas podrán presentar las mismas reacciones que las víctimas directas, ya que también ellos están atravesando una situación traumática y se intervendrá de igual modo, adaptándose a las características específicas de la situación y personales de cada uno. Al final de la intervención cuando la situación se encuentre más estable y encauzada a su resolución con alta en el lugar o traslado al hospital, se deben dar pautas de ayuda para apoyar a su familiar accidentado, siendo las más importantes:

- Estar disponible, sin invadir, respetando la intimidad y espacio personal.
- Evitar el aislamiento, pero dejando momentos de soledad que pueda demandar el familiar.
- Ser paciente si necesita contar una y otra vez el suceso, es positivo que se exprese emocionalmente.
- Entender la normalidad de las reacciones y comprender que su familiar debe sufrir por lo ocurrido sin que esto demuestre un mal pronóstico, sino todo lo contrario, forma parte del proceso de curación.
- Apoyar y reforzar los esfuerzos del familiar por salir adelante y volver a su vida diaria.

- Observar sus reacciones y, en caso de empeoramiento, animarle a buscar ayuda profesional.
- En caso necesario, ayudar a buscar asesoramiento legal.

En el caso de una hospitalización prolongada del herido, los familiares deben entender que el cuidador debe cuidarse para poder ayudar. Normalmente el apoyo continúa en el domicilio una vez que se recibe el alta y la situación puede ser altamente traumática si el accidente ha dejado secuelas importantes en la persona que hagan necesario adaptar su vida y entorno a sus nuevas necesidades hasta la total normalización, siendo necesaria la atención psicológica en ciertas ocasiones.

En caso de resultado fatal, los familiares y amigos se enfrentarán a un proceso de duelo pudiendo necesitar ayuda profesional dependiendo de los recursos personales de afrontamiento, presencia o no de factores de riesgo para desarrollar un duelo complicado, etc. En estos casos, también se puede contar con grupos de autoayuda de personas que han atravesado y afrontado muertes repentinas de algún ser querido, ya que comparten una situación común.

3.3. Conclusiones

Si se tienen en cuenta las cifras tan devastadoras de accidentes de tráfico anuales, está claro que la sociedad en general se enfrenta a estas situaciones traumáticas de forma frecuente y, en concreto, es un hecho ante el que los distintos profesionales de emergencias deben dar respuesta diariamente y de forma eficaz.

En la actualidad, existe una demanda creciente de atención multidisciplinar de emergencia y urgencia (sanitarios, psicólogos, bomberos, cuerpos y fuerzas de seguridad), requiriendo a su vez una actuación coordinada siguiendo protocolos de actuación establecidos.

Las características del accidente de tráfico marcarán el tipo de intervención respecto a los recursos humanos y materiales que deben desplazarse al lugar del suceso, siendo tarea prioritaria establecer medidas de autoprotección física y psíquica para los intervinientes, para así abordar eficazmente la actuación con la víctima.

Resulta fundamental entender un accidente de tráfico de forma global, donde pueden verse afectadas diferentes personas, estableciéndose la clasificación de víctimas directas, indirectas e intervinientes, todas ellas podrán ser objeto de atención psicosocial cuando se encuentren heridas leves o ilesas.

Así mismo, es sumamente importante el apoyo psicosocial que pueden prestar los distintos profesionales, adecuadamente formados y entrenados, a las víctimas directas mientras se realiza el rescate y la asistencia sanitaria.

Un accidente de tráfico es un suceso traumático para aquellas personas que lo sufren y padecen sus consecuencias, por tanto, es necesario dar una asistencia psicosocial

inmediata que debe comenzar con la protección de la persona y evaluación de las reacciones que presenta, poniendo después en marcha estrategias específicas de intervención.

Caso práctico

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El 112 recibe una llamada indicando que se ha producido un accidente de tráfico, atropello, en la C/ Galicia a la altura del número 15 a las 13:30 horas, según la primera información de la Policía Municipal que se encontraba muy próxima al lugar del suceso. La primera información indica que podría ser grave, se trata de una mujer de unos 50 años que tras ser golpeada por un vehículo sale despedida unos metros por el aire y después choca contra el suelo. Se activan los recursos necesarios, Unidad de Soporte Vital Avanzado (USVA), Unidad de Soporte Vital Básico (USVB) de apoyo y Unidad de Intervención Psicosocial. A la llegada de los recursos asistenciales se confirma la información previa, mujer de 54 años (Carmen) que tras ser atropellada se golpea contra luna delantera del vehículo con la parte izquierda de su cuerpo, sale despedida, y cae contra el suelo y recibe un fuerte impacto en la cabeza. Presenta traumatismo craneoencefálico severo con sangrado abundante y diversas fracturas, fractura abierta de miembro superior izquierdo y fracturas cerradas en miembros inferiores así como en diversas costillas. La paciente se encontraba acompañada de su hija de 22 años (Ana) que resulta ilesa y sufre importante crisis de ansiedad al igual que el conductor del vehículo de 35 años (Marcos). Al parecer según relatan los afectados ilesos, Carmen y Ana cruzaron corriendo y de forma indebida entre dos coches con el objetivo de alcanzar el autobús que llegaba a la parada, Marcos que se dirigía al trabajo y logró esquivar a Ana pero no a Carmen.

Información y relato proporcionado por los afectados:

Ana: "Ha sido culpa mía, yo había quedado para comer con unas amigas, ¿dime si mi madre se va a morir!, ¡Dios mío, esto no puede ser!, es una pesadilla, mi madre estaba en el suelo llena de sangre, ¡no podía respirar! (Llora). Tengo que llamar a mi padre... como ya iba tarde dije a mi madre que corriera para coger el bus, es culpa mía, no siento las manos ni las piernas y tengo una presión en el pecho que me ahoga. Pobrecita, debería ser yo la que estuviera en esa ambulancia. No puedo hablar, tengo la boca seca. ¿Habéis avisado ya a mi padre?, no sé si os di el teléfono, ¿cómo se lo cuento? No sé qué hacer, no puedo pensar. Dime cómo está mi madre, no sabía qué hacer, yo iba un poco más adelantada que ella de pronto oí un frenazo me volví y vi a mi madre caer contra el suelo, no puedo dejar de ver cómo se golpea contra la carretera y luego su cara con sangre, cómo me miraba, cómo me miraba. Ayudarla por favor, ayudarla...".

Marcos: "No puedo entender como la gente es tan imprudente, qué rabia, de verdad que intenté evitarlo pero no pude, tampoco pensé que salieran entre los coches, no las vi, cuando me di cuenta. ha sido todo tan rápido que no pude reaccionar antes, cuando me di cuenta vi a la chica, di un volantazo pero después estaba la madre y no la vi. esto es un horror. Lo peor es la mujer, qué pena, pero a mí me han destrozado la vida, nunca pensé que esto me pudiera pasar, esto yo no lo puedo soportar ni afrontar, no sé qué más me puede pasar, llevo unos meses horribles y he atropellado a una persona. Yo no entiendo, pero está muy mal, el golpe ha sido muy grande, cuando bajé de coche y la vi, pensé que estaba muerta, luego la vi respirar pero está mal, yo sé que está mal. Continuamente oigo el impacto contra el cristal y cómo volaba, ¡es que voló! y después se dio contra el suelo, parecía un muñeco. Los nervios no me dejan parar quieto, y ahora ¿qué hay que hacer?, yo nunca he tenido un accidente, no sé lo que tengo que hacer, ¿me decís cómo está la señora?, han sido unas imprudentes... qué rato me está haciendo pasar, menos mal que pude parar el coche y yo no sufrí un golpe. Me estoy empezando a marear, me falta el aire, veo borroso.

Tengo que llamar al trabajo para decir lo que ha pasado".

ACTUACIÓN REALIZADA

a) *Valoración realizada*

En primer lugar se realiza una valoración de la escena. En este caso se trata de una vía en ciudad en la que los vehículos se pueden estacionar sin ningún problema y el tráfico está cortado en ambos sentidos por la policía, por lo que está garantizada la seguridad de los intervinientes, hay buena visibilidad, pocos destrozos materiales en vehículo y muchos curiosos que en algún momento realizan comentarios poco afortunados.

Población diana de intervención: Carmen que recibirá atención sanitaria, con pronóstico grave. Ana y Marcos que presentan crisis de ansiedad, ambos ilesos, recibirán asistencia psicológica.

En la valoración inicial realizada a Ana se observan las siguientes reacciones inmediatas:

- Llanto.
- Dificultad para tomar decisiones (p. ej., "no sé qué hacer, no puedo pensar").
- Relato desorganizado.
- Reexperimentación (p. ej., "no puedo dejar de ver cómo se golpea contra la carretera").
- Tristeza.
- Culpabilidad (p. ej., "ha sido culpa mía").
- Desesperación (p. ej., "dime si mi madre se va a morir").
- Negación (p. ej., "Dios mío, esto no puede ser. Es una pesadilla").
- Hiperventilación (p. ej., "siento una presión en el pecho que me ahoga").
- Sequedad de boca (p. ej., "no puedo hablar tengo la boca seca").

En la valoración realizada a Marcos se observan las siguientes reacciones inmediatas tras el suceso:

- Enfado (p. ej., "no puedo entender cómo la gente es tan imprudente, que rabia. Me han destrozado la vida").
- Culpabilidad (p. ej., "intenté evitarlo pero no pude").
- Tristeza (p. ej., "lo peor es la mujer, qué pena").
- Miedo (p. ej., "pensé que estaba muerta").
- Incapacidad de afrontamiento (p. ej., "esto yo no lo puedo soportar ni afrontar, no sé qué más me puede pasar, llevo uno meses...").
- Reexperimentación (p. ej., "continuamente oigo el impacto contra en cristal y cómo volaba, es que voló").
- Agitación (p. ej., "los nervios no me dejan parar quieto").
- Activación fisiológica (p. ej., "me estoy empezando a marear, me falta el aire, veo borroso")

b) *Pautas y técnicas de intervención*

La intervención será individual y por separado con cada uno de los afectados.

– Intervención realizada con Ana

- Presentación por parte de los profesionales, llamando a la paciente por su nombre.
- Trasladar a un lugar seguro que fomente la intimidad del paciente.
- Evaluar las de reacciones inmediatas, patología médica previa, tratamientos previos y sucesos vitales estresantes anteriores.

- Tratará en primer lugar la sintomatología fisiológica, para favorecer el resto de la intervención, utilizando la respiración abdominal, se informará de sus síntomas y del proceso de ansiedad.
- Satisfacer necesidades básicas: agua y limpieza de posibles manchas de sangre que pudiera tener.
- En todo momento usar un tono de voz tranquilo y pausado para reducir la ansiedad de la paciente. Contacto físico adecuado a la situación.
- Ayudar a crear un relato coherente del suceso, integrado en el espacio y en tiempo, favoreciendo la expresión de pensamientos y sentimientos.
- Normalizar toda la sintomatología que presenta, a nivel fisiológico, cognitivo, emocional y motor.
- Involucrar en el cuidado activo de la madre preguntándole si tiene alergias, si toma medicación, patologías previas, etc.
- Dar información real, objetiva y continua sobre el estado de salud de su madre, con un lenguaje adecuado y comprensible, haciendo de nexo de unión entre los profesionales sanitarios y Ana.
- Cuando Carmen sea trasladada al hospital se informará a Ana y se la ofrecerá el traslado al mismo.
- Apoyar en los primeros trámites en el hospital, acompañar hasta la llegada de un familiar (padre). En el caso de no poder acudir al lugar del suceso se realizará el encuentro en el hospital informando en todo momento al padre de forma telefónica.
- Fomentar actitud activa, favoreciendo la toma de decisiones (llamar a su padre, cómo informar del suceso, etc.).
- Reestructuración cognitiva breve, sobre pensamientos de culpabilidad por haber indicado a su madre que debían correr cruzando de forma incorrecta, inutilidad por no saber qué hacer, etc.
- Explicar la reexperimentación, por qué se produce y normalizar.
- Explicar formas de afrontar la reexperimentación así como cuándo se debe pedir ayuda profesional.
- Reforzar el esfuerzo de la persona por intentar afrontar la situación, reducir su sintomatología durante la intervención y ser activa.
- Realizar y entregar copia del informe de asistencia psicológica.
- Cálida despedida.

– Intervención realizada con Marcos

- Presentación del profesional, llamando al paciente por su nombre.
- Trasladar a un lugar seguro que fomente la intimidad del paciente.
- Realizar la valoración de las reacciones inmediatas que presenta, patología médica previa y tratamientos previos.
- Facilitar la expresión de la experiencia traumática vivida, pensamientos y emociones.
- Normalizar la sintomatología o reacciones inmediatas vividas tras el suceso.
- Facilitar información de los síntomas que presenta y formas de afrontarlos, se realizará respiración abdominal para reducir la sintomatología fisiológica.
- Realizar reestructuración cognitiva breve sobre pensamientos relacionados con el suceso como la culpabilidad por no haberlo podido evitar, pensamientos relacionados con la posibilidad de fallecimiento de la persona atropellada, incapacidad de afrontamiento, pensamientos catastrofistas, etc.
- Buscar información a través de la exploración de otros sucesos vitales estresantes que se acumulan en el tiempo y dificultan superar esta experiencia traumática.
- Solicitar información sobre qué imágenes duras y traumáticas ha podido presenciar para después explicar posible reexperimentación y formas de afrontamiento en los días

siguientes.

- Buscar apoyo social para que quede acompañado antes de retirarnos del punto.
- Asesorar sobre posible sintomatología futura y cuándo solicitar ayuda especializada, teniendo en cuenta antecedentes.
- Reforzar conductas adaptativas y actitud activa por superar el suceso.
- Se informa de pasos a seguir respecto a la investigación policial, realización de atestado.
- Coordinación con las fuerzas y cuerpos de seguridad.
- Realizar y entregar copia del informe de asistencia psicológica.
- Cálida despedida.

CONCLUSIÓN

La intervención psicosocial finalizará con:

- Traslado de Carmen por la USVA al hospital.
- Traslado de su hija al hospital por la Unidad de Intervención Psicosocial, quedando allí acompañada por su padre, ya que no da tiempo que acuda al lugar y se dirige directamente al hospital indicado.
- En el caso de Marcos quedará en el punto del suceso, acompañado y una vez que la sintomatología se ha reducido.

4

Agresión sexual

"La humanidad no puede liberarse de la violencia más que por medio de la no violencia"

M. Gandhi

Cuando hablamos de una agresión sexual, estamos haciendo referencia a una de las experiencias más traumáticas a las que debe enfrentarse una persona. Si bien es cierto que puede ocurrir en ambos sexos, la frecuencia es mucho mayor en el caso de las mujeres.

Exigirá por tanto una adecuada coordinación de todos los profesionales que se verán involucrados en este tipo de delitos, desde los que trabajan en un primer momento como es el caso de los servicios de emergencias y fuerzas y cuerpos de seguridad, así como los que intervienen a medio y largo plazo (personal de hospitales, abogados, jueces, psicólogos, trabajadores sociales, etc.). Todos ellos deberán actuar de manera conjunta y eficaz, teniendo como principal objetivo favorecer un afrontamiento adecuado de la víctima.

El presente capítulo trata de exponer los aspectos más relevantes sobre la violencia sexual en adultos (tipología, reacciones habituales tras el suceso, etc.), centrándose de forma específica en la atención a víctimas de agresiones sexuales desde el área de emergencias, donde los distintos intervinientes deben actuar para amortiguar el impacto psicológico inmediatamente después de producirse la agresión.

Nuestro actual Código Penal recoge en su Título VIII los delitos contra la libertad e indemnidad sexual, organizados en seis capítulos en los que trata la violencia sexual: [capítulo I](#) (arts. 178 al 180) agresiones sexuales; [capítulo II](#) (arts. 181 al 183) abuso sexual; [capítulo III](#) (arts. 184) acoso sexual; [capítulo IV](#) (arts. 185 al 186) delitos de exhibicionismo y provocación sexual; [capítulo V](#) (arts. 187 al 190) delitos relativos a la prostitución y la corrupción de menores; [capítulo VI](#) (arts. 191 al 194) disposiciones comunes a los capítulos anteriores.

Durante el capítulo se utilizará el término víctima para hacer referencia a la persona que sufre una agresión sexual, ya sea hombre o mujer, pero se pretende dejar claro que no se debe etiquetar a una persona como víctima. Es víctima por el hecho de haber sufrido un suceso traumático pero, cuanto antes, la persona debe dejar de considerarse víctima, recuperar su identidad con el fin de evitar una actitud pasiva y dependiente de los demás y de los recursos asistenciales.

4.1. Violencia sexual: conceptos básicos

Para un correcto abordaje del tema se deben tener claros los diferentes conceptos, ya que las posibles reacciones de la víctima, la intervención y la labor de los distintos profesionales no será la misma.

Dentro de lo que se considera violencia sexual existen diferentes tipos (la agresión sexual, el acoso sexual y el abuso sexual), conceptos que se describen a continuación.

4.1.1. Definición y tipología de violencia sexual

El término violencia sexual hace referencia a cualquier acto de carácter sexual que atenta contra la libertad de la otra persona, lo fundamental en este concepto es que no habrá consentimiento válido de la persona. Se distingue la siguiente tipología:

- a) Agresión sexual: este tipo de violencia sexual se caracteriza por existir violencia física e intimidación, entendiendo la intimidación como una reacción psicológica real y objetiva de la víctima a sufrir un daño inminente y grave en el momento de la agresión, es decir, es real el uso de la fuerza física sobre la víctima, el arma blanca en su cuello, las amenazas verbales del agresor, etc. La víctima tiene un miedo totalmente fundamentado en la experiencia que ha vivido y es precisamente el temor de ver amenazada la propia vida lo que posteriormente desencadenará reacciones psicológicas que la víctima debe afrontar. Se produce de forma repentina y brusca con posibles consecuencias tanto físicas como psicológicas. Se considera que la agresión sexual más grave es la violación, ya sea con penetración por vía vaginal, anal u oral, o la introducción de objetos, por todo lo que ello implica sobre la víctima a nivel psicológico y sanitario ante el riesgo de contagio de una enfermedad de transmisión sexual, embarazos, desgarros, etc.
- b) Abuso sexual: no se habla de violencia física sino de engaño o coacción por parte del agresor. Puede incluir actos sexuales como la penetración en todas sus formas, caricias, tocamientos, etc. Es en este tipo de violencia sexual

donde se incluyen aquellos comportamientos de naturaleza sexual no consentidos por la persona que además tiene sus capacidades conductuales y cognitivas limitadas, como son los enfermos, discapacitados psíquicos o menores.

- c) Acoso sexual: en este tipo de violencia el agresor se vale de su situación privilegiada de superioridad respecto a la víctima para exigir favores sexuales. Se puede producir por ejemplo en ámbitos laborales, educativos, etc. La negativa puede suponer amenazas para el afectado/a. Esta situación puede producir en la víctima distintas reacciones psicofisiológicas y sociales debido a que la situación de estrés que puede mantenerse en el tiempo.

El Código Penal define cada uno de estos conceptos del siguiente modo:

- Art. 178. Agresión sexual.

El que atente contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual, con la pena de prisión de 1 a 4 años.

- Art. 181.1. Abuso sexual.

El que sin violencia o intimidación y sin que medie consentimiento realizare actos que atenten contra la libertad sexual o indemnidad sexual de otra persona, será castigado como responsable de abuso sexual, con una pena de prisión de 1 a 3 años o multa de 18 a 24 meses.

- Art. 184. Acoso sexual.

El que solicite favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero, en el ámbito de una relación laboral, docente o de prestación de servicios continuada o habitual, y con tal comportamiento provoque a la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante, será castigado, como autor de acoso sexual, con la pena de prisión de 3 a 5 meses o multa de 6 a 10 meses.

En el ámbito de las emergencias se atiende un mayor número de casos de agresiones sexuales donde es necesaria una intervención multidisciplinar (médicos, psicólogos, enfermeros, técnicos y miembros de cuerpos y fuerzas de seguridad), cada uno con tareas concretas pero interrelacionadas para una correcta atención a la víctima.

Serán incidentes que podrán ser cuantificados, ya que son atendidos y en muchos casos denunciados pero no siempre sucede así, no en pocas ocasiones la víctima no informa de los hechos por lo que muchas agresiones se pierden en cuanto a datos estadísticos.

Los casos de abuso y acoso sexual son tipos de violencia que por sus características pueden llegar a los recursos de asistencia de forma más tardía y en caso de ser atendidos por servicios de emergencia pueden manifestarse con frecuencia por la presencia de síntomas psicofisiológicos (dolencia física o crisis de ansiedad), en estos casos si la víctima del abuso o el acoso sexual no necesita ser trasladada a un centro hospitalario sí se debe recomendar que acuda a atención primaria, servicios sociales u otro recurso especializado para recibir ayuda.

Un ejemplo, se envía una ambulancia a una estación de tren para atender a una mujer de mediana edad que se encuentra mareada y nerviosa. Después de llegar al lugar del suceso y tras la valoración oportuna, se confirma que sufre una crisis de ansiedad. Al evaluar el posible desencadenante, la paciente refiere estar siendo acosada sexualmente por un superior de su empresa, situación que ya dura tres meses y que no denuncia por miedo a no ser creída y perder el empleo, además de la dificultad para demostrar el acoso. En el día de hoy tiene una reunión con esta persona por lo que la anticipación de la situación a la que se debe enfrentar la desborda, sufriendo la crisis de ansiedad. Se realiza intervención para reducir la activación psicofisiológica y propiciar el desahogo emocional, se informa de recursos sociales y sanitarios a los que sería importante acudir para solucionar su situación.

4.2. Mitos sobre la violencia sexual

Existen multitud de creencias erróneas en torno a la violencia sexual siendo en ocasiones fruto de creencias culturales arrastradas a lo largo de los años, factores sociales y educacionales transmitidos de generación en generación que no sólo se dan entre la población general en diferentes ámbitos, niveles culturales y socioeconómicos sino también entre los propios profesionales que se ocupan de este tipo de sucesos, por ello, se considera fundamental analizar estos mitos, con el único fin de beneficiar a la persona que sufre y eliminar las barreras que suponen estas creencias.

A continuación se detallan algunas ideas erróneas en torno a la violencia sexual:

- a) Los agresores sexuales son personas inadaptadas, extraños que no son conscientes de sus actos.
Falso. La realidad es que son personas con una vida normalizada y socialmente adaptada.
- b) La víctima de una agresión sexual no podrá recuperarse.
Falso. Una agresión sexual es una experiencia traumática con sus propias características pero con una adecuada intervención en crisis desde el primer momento y posterior ayuda profesional si fuera necesario, la víctima será capaz de afrontar la situación. Por esta razón, resulta fundamental la atención temprana para proporcionar una primera asistencia en momentos de gran confusión, desorganización, miedo y ansiedad.
- c) Es fácil detectar la violencia sexual.
Falso. En numerosas situaciones la víctima de abuso y acoso sexual no busca ayuda por confusión, por posibles represalias o amenazas, por miedo a la pérdida de trabajo, por pensar que no va a ser creída o por no poder

demostrar la situación que sufre. Incluso después de una violación, no todas las víctimas quieren denunciar por muy diversas razones.

- d) Las agresiones sexuales las sufren personas de escaso nivel económico, nivel cultural bajo, pocos recursos y procedentes de familias desestructuradas.
Falso. Una agresión sexual puede sufrirla cualquier persona, de ambos sexos, independientemente del nivel económico y cultural. No hay un perfil de persona violada o agredida sexualmente.
- e) La violencia física va unida a la violencia sexual.
Falso. Como se ha descrito anteriormente, puede tratarse de engaños, amenazas, abuso de poder, intimidación, etc. Es decir, un maltrato más centrado en producir reacciones psicológicas. Dentro del área que nos ocupa, en la mayoría de los casos las víctimas no presentan heridas de riesgo vital que pongan en peligro su integridad física y son trasladadas a centros hospitalarios para recibir asistencia ginecológica.
- f) Las agresiones sexuales son cometidas siempre por hombres y se ejercen sobre las mujeres.
Falso. Aunque hay un mayor número de víctimas mujeres, no se puede olvidar que la violencia sexual se da en personas de diferente condición sexual.
- g) Normalmente el agresor es desconocido para la víctima.
Falso. En muchas ocasiones se producen violaciones dentro del entorno familiar y cercano.
- h) Cuando cumplen condena los agresores vuelven a agredir.
Falso. No hay diferencia en la reincidencia si se comparan con los delincuentes comunes.
- i) Las agresiones sexuales son más frecuentes por la noche y en lugares solitarios.
Falso. Las agresiones se producen en distintos lugares, en domicilio de la víctima, del agresor, locales públicos, parques, portales...; cualquier día de la semana y a todas las horas del día.
- j) El agresor busca el placer sexual.
Falso. Parece que en las violaciones más que el factor sexual se busca la satisfacción de relegar, humillar y ejercer un dominio sobre la otra persona.

Dentro de los colectivos policiales e incluso de otros profesionales (salud mental,

servicios sociales, etc.) existe la convicción del violador ocasional y oportunista como una persona que no suele repetir las agresiones (Soria, 1994).

4.3. Tipos de agresores sexuales

En el contexto de la Psicología forense se establece una clasificación de los agresores diferenciando si la agresión es a un adulto o a un menor, sin embargo, no existen perfiles de personalidad típicos de agresores sexuales. Se establece la siguiente clasificación:

- Agresión a un adulto, clasifica a los agresores en: psicópatas, sociales (oportunistas), psiconeuróticos y asociales (subculturales).
- Agresión a niños, clasifica a los agresores en pedofilia e incesto.

Dentro de los distintos tipos de trastornos sexuales que se establecen DSM-IV, serán las parafilias los trastornos de mayor interés desde el punto de vista forense por la relativa facilidad con la que se ven envueltos en problemas legales. Por un lado estarían las características del propio trastorno, ya que aunque no todo parafilico tenga que ser necesariamente un delincuente sexual, sí es frecuente que los delincuentes sexuales tengan algún tipo de conducta parafilica (Cano, 2006).

Otra clasificación de agresores que existe es la que se basa en la relación entre la víctima y el agresor (Sebastián y Sánchez, 2009):

- a) Desconocidos: aquellos a los que la víctima nunca ha visto, pueden ser las agresiones donde se produzca más violencia física.
- b) Conocidos recientes: aquellas personas que la víctima conoce desde hace poco tiempo, no conoce su entorno cercano o incluso la acaba de conocer. Pueden producir en la víctima sentimientos de culpabilidad por no prever consecuencias y tener una actitud amistosa y confiada con el agresor.
- c) Conocidos: hacen referencia a pareja, amigos, compañeros etc. Este tipo de agresiones producen en la víctima grandes desajustes psicológicos debido a la relación afectiva que le une con el agresor.

4.4. Procesos de intervención en casos de agresión sexual

Las agresiones sexuales tienen las características propias de todo suceso traumático:

- Es repentino, se produce de forma súbita sin que la víctima tenga tiempo de reaccionar.

- Es inesperado, la persona afectada no dispone de indicios o señales que puedan hacer pensar que puede sufrir una agresión.
- Produce un gran malestar tanto físico como psicológico en la víctima.
- Producen descontrol, es decir, la persona ve como su percepción del mundo seguro y controlable se desmorona provocando un gran sentimiento de vulnerabilidad.
- La gravedad del suceso puede desbordar los recursos de afrontamiento de la persona, ya que la víctima puede ver en peligro su propia vida.

Por todo lo anteriormente expuesto se hace necesario una atención psicosocial y sanitaria en los primeros momentos después del suceso, sin olvidar que los acontecimientos traumáticos provocados por el ser humano son los que producen más desajustes psicológicos en la víctima y a esto se puede añadir el hecho de que el agresor sea una persona conocida y cercana para la víctima. En las agresiones sexuales además del propio componente sexual existe por parte del agresor una intención de control, humillación y poder sobre la víctima.

Un ejemplo, se recibe un aviso para acudir según la dirección indicada a un parque con una gran arboleda y escasa visibilidad sobre las tres de la madrugada, por un posible caso de agresión sexual a una mujer. En el lugar se encuentra a una mujer joven desorientada, tirada en el suelo, tiritando de frío, con dificultad para expresar lo ocurrido, con llanto intenso y con ropa rota, en estos momentos acompañada de terceras personas que la encontraron y avisaron al 112. Una vez en el lugar del suceso y comprobando la seguridad de la escena, se debe entrar en contacto con la víctima, realizar una rápida y primera valoración de la situación y de la paciente, así como coordinar la intervención con el resto de profesionales que acuden al lugar. Será necesario trasladar a la persona a un lugar seguro para poder comenzar la intervención de forma adecuada. En la medida de lo posible se debe confirmar lo antes posible la información previa, es decir, si se trata o no de una agresión sexual para activar el protocolo correspondiente. Al final de la intervención se debe realizar un informe de la asistencia realizada.

Se tratará por tanto de una intervención con una especificidad concreta por las características del suceso, donde:

- Serán activados todos los recursos necesarios.
- Se acudirá lo antes posible.
- Se acudirá con vehículos de emergencias y adecuadamente uniformados.
- Existirá una coordinación y atención multidisciplinar.
- Se realizará en un ambiente hostil, como es el caso de la vía pública, locales y otros lugares no demasiado adecuados para intervenir.
- En ocasiones con presión social y estresores externos.
- Debe priorizar la seguridad de las dotaciones.
- La intervención será limitada en el tiempo. La atención sanitaria durará minutos, en principio menos de una hora ya que en caso necesario la víctima

será trasladada al hospital, aunque como es lógico no se puede establecer un tiempo predeterminado ya que la intervención será individualizada en cada caso. La asistencia psicosocial podrá alargarse en el tiempo pero siempre dentro del marco de la emergencia.

4.4.1. Procesos implicados tras una agresión sexual

Las agresiones sexuales tienen la peculiaridad de poner en marcha una serie de procesos que la víctima debe ir superando para afrontar la experiencia, estos procesos no son independientes y están relacionados entre sí, su duración es incierta ya que se sabe cuándo comienzan, pero no cuándo acaban. Cuando parece que la víctima reanuda sus actividades diarias y se reduce la sintomatología puede ser citada para un juicio o una nueva revisión de vacunas, provocando la reactivación de los síntomas, pudiendo provocar sentimientos de indefensión y sensación de no poder remontar y volver a la vida previa a la agresión.

A continuación se describen estos tres procesos: judicial, sanitario y psicológico.

4.4.1.1. Proceso judicial

Una agresión sexual sí debe etiquetarse como delito y la víctima así debe considerarlo porque atenta contra la libertad de decidir, la dignidad como ser humano, y la integridad física y psíquica de la persona, por estas razones es importante que se denuncien este tipo de actos delictivos.

La intervención de los distintos profesionales de la emergencia debe ir dirigida a orientar, asesorar e informar sobre todo lo relacionado con la denuncia sin olvidar que es la víctima de forma activa quien debe decidir libremente si quiere denunciar o no. Se debe eliminar la creencia de que los profesionales estamos para "convencer" a la víctima de que denuncie.

El Código Penal (artículo 191) establece que:

1. "Para proceder por los delitos de agresiones, acoso o abuso sexuales, será precisa la denuncia de la persona agraviada, de su representante legal o querrela del Ministerio Fiscal, que actuará ponderando los legítimos intereses en presencia. Cuando la víctima sea menor de edad, incapaz o una persona desvalida, bastará la denuncia del Ministerio Fiscal".
2. "En estos delitos el perdón del ofendido o del representante legal no extingue la acción penal ni la responsabilidad de esa clase".

Desde el área de emergencias es adecuado cubrir desde el primer momento todas las necesidades relacionadas con este proceso tras la agresión y, por tanto, será necesario

que exista un profesional o profesionales que trabajen con los siguientes objetivos:

- Anticipar la situación de la denuncia: explicar cómo se hará la denuncia, quién la atenderá, qué se la pedirá, incluso cómo es la comisaría. Siempre debemos tener en cuenta que la información reduce la ansiedad a lo desconocido y debemos anticipar que quizás ciertas preguntas pueden producir un gran malestar emocional, pero son necesarias desde un punto de vista policial. Normalmente las personas no están acostumbradas a moverse en este tipo de contexto y se añade el agravante de estar sufriendo una situación de gran impacto emocional.
- Facilitar el recuerdo e integración del suceso: deberá recordar detalles sobre el hecho, lugar de la agresión, características del agresor y todo aquello que pueda ayudar a las labores policiales. Todo ello no quiere decir que nos describa detalladamente el suceso, consiste en preparar para denunciar ya que deberá describirlo en la comisaría. Será necesario normalizar que en un primer momento existan lagunas sobre el suceso, ya que ante situaciones de elevado impacto emocional puede existir un bloqueo que incapacite a la persona para recordar lo sucedido, pero que pasados minutos u horas, la persona va recordando. En este momento podemos utilizar la estrategia, no insistir en que recuerde y hablar de otras cosas ya que normalmente de forma natural va a ir recordando.

Los diferentes profesionales deben reforzar el hecho de que la víctima decida denunciar, teniendo en cuenta que denunciar es un derecho y deber que se debe ejercer, es un paso fundamental para hacer frente a la situación traumática ya que no se está evitando sino que supone una forma de afrontamiento. Una de las razones por las que muchas víctimas manifiestan querer denunciar es por solidaridad con otras personas para intentar que no vuelva a ocurrir. Sin embargo, muchas son las razones que pueden llevar a una persona a no denunciar, razones que pueden hacerla sufrir y razones que deben ser entendidas por los profesionales. A continuación se señalan algunas de las razones que pueden llevar a una persona a no querer denunciar. Algunas de las razones o motivos pueden ser trabajadas desde el punto de vista psicológico desde la emergencia en los primeros instantes (miedo, confusión, falta de información, etc.).

Razones por las que una víctima no denuncia (García, 2009):

- Miedo: por muy diversas razones a no ser creída o a lo desconocido.
- Confusión inicial tras la agresión.
- Desconocer el procedimiento a seguir: la víctima no sabe qué es lo que debe hacer ni dónde acudir.
- No tener apoyo inmediatamente después de la agresión. En la mayoría de las ocasiones la agresión sexual se produce cuando la víctima se encuentra sola, serán los servicios de emergencias los que proporcionen la primera ayuda, por lo que en los momentos posteriores será fundamental buscar apoyo social que

acompañe a la víctima.

- Falta de información sobre recursos de ayuda.
- Vergüenza a que otros se enteren.
- Desconfianza en la justicia y pensar que no sirve de nada denunciar.

Cuando el agresor es conocido puede existir temor a comentarios de otros allegados (por ejemplo, si se trata de la propia pareja se puede dudar si se le quiere perjudicar, sobre todo en caso de tener hijos en común).

Cualquiera que sea el motivo debe ser respetado por los profesionales, siendo beneficioso para la víctima que lo exprese y que en el caso de ser posible se le confronte o se le facilite toda la información de que se disponga.

4.4.1.2. Proceso sanitario

Es fundamental que la víctima acuda al hospital sin haberse lavado ni cambiado de ropa para evitar la pérdida de pruebas, hecho que normalmente ocurre cuando intervienen los servicios de emergencias ya que se encuentra a la persona en vía pública inmediatamente después de la agresión.

Las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado serán los encargados de realizar la "cadena de custodia" de las pruebas desde el primer momento hasta ser entregadas al médico forense, quien realizará el parte de lesiones (Ayuntamiento de Madrid, 2008).

Las pruebas recogidas tanto en el lugar del suceso como en la víctima son importantes por varias razones:

- Permiten identificar al agresor.
- Posibilitan conocer si el agresor es reincidente.
- Son fundamentales en los juicios.
- Permiten detectar posibles enfermedades en la víctima.

La labor del médico forense es necesaria para que las pruebas tengan valor probatorio, será quien realice la exploración junto a ginecólogo y otros profesionales del centro hospitalario, siguiendo los procedimientos internos del centro.

El médico forense decidirá, en caso de que se haya producido la detección del agresor, si también será valorado para confrontar los resultados obtenidos de la víctima con el agresor, por ejemplo comprobar si el agresor tiene heridas producidas por la víctima para defenderse, restos en las uñas o vello púbico.

Dentro de las pruebas realizadas a la víctima, se valorarán tanto lesiones físicas como estado emocional que presenta.

La víctima debe aportar información relacionada con los siguientes aspectos:

- Tiempo transcurrido desde la agresión hasta la exploración médica.
- Actos sexuales en la agresión (vaginal, anal, oral, uso o no de preservativo, eyaculación, etc.).
- Fecha de la última menstruación.
- Método anticonceptivo habitual.

Respecto a las pruebas médicas que se deben realizar a la víctima estarían las siguientes:

- Revisión genital interna para detectar posibles lesiones y desgarros.
- En caso de penetración oral: detectar lesiones y se realizará un frotis bucal para el estudio del ADN.
- Se recogerán muestras de semen, fluido vaginal, anal y cuello del útero.
- Raspaduras o recorte de las uñas.
- Examen del vello púbico.
- Pruebas de prevención de enfermedades de transmisión sexual
- Muestras de sangre y orina.
- Pruebas para la detección de enfermedades infecciosas derivadas de lesiones cutáneas.

Siendo el protocolo preventivo:

- Vacunas de tétanos y hepatitis B.
- Tratamiento profiláctico antirretroviral, en caso de riesgo de VIH.
- Tratamiento: sífilis o gonococia, tricomoniasis, etc.
- Prueba de embarazo.

En la actualidad se están produciendo cada vez con más frecuencia casos en los que la víctima no recuerda nada o vagamente la agresión debido a sustancias que pueden alterar su voluntad produciendo amnesia retrógrada, para ello se realizará la extracción de muestras de sangre y orina. Se realizarán por tanto estudios genéticos y toxicológicos.

4.4.1.3. *Proceso psicológico*

Para establecer las pautas de intervención a nivel psicológico se deben conocer previamente las reacciones que se pueden producir en una víctima de agresión sexual, teniendo siempre presente que las reacciones serán individuales ya que cada persona es diferente y la intervención estará por tanto supeditada a esas reacciones y deberá ser adaptada para cada persona.

En primer lugar, se debe tener presente que las reacciones y sus posibles secuelas van a depender de una serie de factores personales como son:

- Edad de la víctima: con edades extremas se considera que la persona afectada tendrá menos recursos de afrontamiento para hacer frente a la situación. En edades tempranas porque no se han desarrollado ni madurado todavía estrategias de afrontamiento a nivel cognitivo, social y emocional para poder enfrentarse de forma eficaz a este tipo de sucesos traumáticos y en edades avanzadas porque posiblemente se ha producido un deterioro a nivel cognitivo social que puede incluso dificultar el pedir ayuda.
- Factores personales: no es lo mismo una persona que tenga capacidad para expresar pensamientos, sentimientos, que anteriormente haya puesto en marcha con éxito estrategias de afrontamiento personales que aquella que es introvertida o con pautas de afrontamiento pobres.
- Antecedentes psicológicos: evidentemente no será lo mismo, de cara a reponerse de una agresión, para una persona que sufra algún trastorno psicológico como depresión, ansiedad, encontrarse atravesando una situación de duelo patológico, etc., que para personas con estabilidad emocional.
- Sucesos vitales estresantes: siguiendo con las explicaciones anteriores, un sujeto dependiendo del momento personal que esté viviendo estará en mejor o peor situación emocional para enfrentarse al suceso, por ejemplo si se está atravesando un despido laboral, un divorcio, una enfermedad de algún ser querido etc. es posible que emocionalmente ya se esté agotado.
- Características de la agresión: dependerá de la gravedad y crueldad de la misma, del número de agresores, de los actos realizados, de lesiones y secuelas físicas, del contagio de enfermedades de transmisión sexual, etc.
- Apoyo social: el apoyo social es un factor fundamental para afrontar cualquier situación difícil. No sólo tenerlo realmente sino percibir que se cuenta con personas queridas que nos ayudarán en estos momentos.

En segundo lugar, podemos distinguir dentro de las reacciones aquellas que aparecen de forma inmediata (minutos después a la agresión) y reacciones a medio y largo plazo.

1. Reacciones psicológicas inmediatas tras una agresión sexual

- Miedo: es una de las primeras reacciones que pueden aparecer (temor por la propia vida, a estar sola/o, a no tener apoyo, a no ser creída/o, a ser contagiada/o de una enfermedad, a embarazo, a no saber qué hacer, etc.). Por ejemplo, "no voy a contaros nada... no puedo, me han dicho que si decía algo, me buscarían y me matarían".
- Activación psicofisiológica: será una de las reacciones más frecuentes que

- aparecen tras una agresión sexual (temblores, taquicardias, hiperventilación, mareo, dolor de cabeza, tensión muscular, opresión en el pecho, náuseas, etc.). Por ejemplo, "no puedo respirar, me ahogo, no siento las piernas y no puedo mover las manos, ¿qué me está pasando?".
- Humillación: una agresión atenta contra la dignidad del ser humano y por ello aparecen de forma inmediata sentimientos de degradación y sensación de suciedad y asco, invaden el espacio más íntimo de una persona, espacio reservado sólo para personas muy cercanas, conocidas y a quienes se les permite la entrada. Por ejemplo, "qué asco, necesito lavarme, yo pedí por favor que me dejara, supliqué que no lo hiciera, ya no podré ser la misma, me siento tan humillada".
 - Vergüenza: relacionado con la humillación, vergüenza por romper la intimidad, por ser obligada/o a realizar actos sexuales que no se desean y mostrar el propio cuerpo a la fuerza por miedo a sufrir un mal mayor. Por ejemplo, "ya no podré mirar a nadie, ¿cómo puedo contar esto?, cada vez que lo pienso me horrorizo más").
 - Vulnerabilidad: la persona se siente vulnerable y aparece la sensación de pérdida de seguridad, el mundo, mi entorno ya no es seguro ni controlable, esto hace que la víctima se sienta indefensa y frágil. Por ejemplo, "ya no volveré a salir sola nunca más, tengo miedo, pensaba que esto nunca podría pasarme y menos en mi propio barrio, conozco a la persona que me ha agredido, cómo es posible tanta maldad".
 - Negación: cuando ocurre un hecho de forma repentina y brusca puede aparecer la negación, pensar que lo ocurrido no es cierto, que es una pesadilla y que no puede ser verdad. Es una reacción normal porque la mente necesita tiempo para asimilar e integrar lo ocurrido, incluso la víctima puede encontrarse poniendo la denuncia declarando lo ocurrido y continuar diciendo que esto no puede ser posible. Por ejemplo, "esto no está pasando, no puede ser verdad, es un mal sueño, dime que esto no es verdad que no está pasando".
 - Culpabilidad: la víctima puede pensar que quizá hizo algo para que ocurriera, que de alguna manera provocó que pasara, pero debe saber que si se considera culpable de la agresión está quitando responsabilidad al que realmente es el único culpable, el agresor. Hay que recalcarle a la víctima que no es culpable, que ese ataque no lo motiva su comportamiento. Por ejemplo, "no debería haberme marchado con él, en realidad sólo le conozco de dos fines de semana, parecía normal, pero me equivoqué, no debería haberme fiado de él, debería haberme dado cuenta".
 - Ira y enfado: la víctima puede sentirse enfadada tras la agresión, es importante dejar que exprese estos sentimientos, favorecer el desahogo emocional y conductual siempre evitando que pueda hacerse daño. Por ejemplo, "le sacaría los ojos, me ha destrozado la vida, no soporto sentir

tanta rabia, me ahogo, no le importaba que yo sufriera, me siento enfadada con el mundo".

- Reexperimentación: se trata de revivir la situación traumática que en estos primeros momentos será a través de imágenes, sensaciones como el olor o notar cómo la cogía. Son frecuentes verbalizaciones como "continúo viendo su cara", "siento cómo me agarra del brazo y su cuerpo encima del mío", "no puedo dejar de oler a alcohol".
- Llanto: es positivo que la persona se desahogue mediante el llanto. Llorar reduce la ansiedad y alivia la sensación de agobio y tensión. Por ejemplo, "no puedo dejar de llorar, qué horror, qué han hecho conmigo, no recuerdo nada, qué vergüenza".
- Bloqueo: en ocasiones más que producirse una expresión de ansiedad la persona se queda paralizada sin poder expresar lo ocurrido, con mirada perdida y sin reaccionar ante la situación dramática que ha sufrido.
- Dificultad para tomar decisiones y para pensar: debido a la situación que acaba de vivir tendrá problemas de concentración por lo que será importante que toda la información que se proporcione sea de forma clara y adecuada para facilitarle la toma de decisiones sobre qué quiere hacer y cómo se la puede ayudar. Por ejemplo, "cuando estés más tranquila te explicaremos lo que vamos hacer, quieres que llamemos a alguien, a quién, tienes su teléfono, cómo se llama".

2. Reacciones psicológicas a medio y largo plazo.

Pasados los días, las víctimas pueden desarrollar nuevas reacciones o presentar con elevada intensidad las que aparecieron en los primeros momentos. Dependiendo de la duración de estas y su intensidad será necesario buscar ayuda profesional.

- Reexperimentación: pueden continuar siendo por imágenes y sensaciones pero ahora también aparecen a través de sueños y pesadillas. Por ejemplo, "después de un mes continuo teniendo pesadillas sobre la agresión y viendo su cara durante la noche".
- Miedo y ansiedad: ya no es tanto esa sensación de miedo por la propia vida de los primeros instantes sino que situaciones, estímulos que antes eran neutros y no provocaban ninguna reacción, ahora producen miedo y ansiedad porque recuerdan a la agresión y por ello la persona puede evitar el exponerse a ellas. La evitación reducirá la ansiedad pero no es una forma adecuada de afrontamiento ya que puede generalizarse a otro tipo de situaciones. La persona debe aprender a enfrentarse a esas situaciones que teme (por ejemplo, "he tenido que cambiar mi camino al trabajo, siento una sensación que me ahoga cada vez que paso cerca del parque, tengo que irme porque me falta el aire y me vienen imágenes de lo

- ocurrido").
- Culpa y vergüenza: son sentimientos que pueden continuar en el tiempo. Aquí se deben identificar posibles personas cercanas que pueden no estar ayudando de la mejor manera posible haciendo que la víctima mantenga sus sentimientos de culpa, ya que recriminan formas de vestir, actitud o comportamiento (por ejemplo, "no entiendo como determinadas personas pueden pensar y decirme que no debo vestir así porque pueden ocurrir estas cosas").
 - Modificación de la imagen personal: este tipo de hechos pueden hacer que una persona cambie su manera de verse, de comportarse con los demás, que no se cuide o se arregle como antes, su cuerpo puede recordarle la agresión por lo que puede llevar a rechazarlo, no lo cuida tanto como antes y todo ello repercutirá en su autoestima (por ejemplo, "la verdad es que ahora me visto con lo primero que veo, me da igual si estoy más o menos guapa, no me miro en el espejo, si no soy atractiva, nadie se fijará en mí").
 - Cambios en la vida diaria: después de cualquier situación traumática las personas deben cuanto antes recobrar su funcionamiento diario. Volver a la vida cotidiana ayuda a afrontar la situación, todo ello poco a poco, dándose tiempo pero sin demorarse demasiado (por ejemplo, "todavía no me siento capaz de volver a trabajar, nadie sabe lo que me ocurrió ni por qué estoy de baja, no quiero que nadie me pregunte").
 - Disminución del deseo sexual o disfunciones sexuales: puede resultar complicado continuar con la vida sexual que se tenía antes de la agresión, puede dejar de ser una actividad placentera ya que produce recuerdos no deseados o tensión que impide sentirse cómoda/o en una relación íntima. Puede ser necesaria ayuda especializada (por ejemplo, "mi marido me entiende perfectamente, el problema es que no sé cuánto tiempo estaré así, no soporto que me acaricie, cuando veo que me busca me invento excusas porque me empieza a faltar el aire, yo no quiero, pero no puedo evitarlo").
 - Alteraciones en el sueño: producto de las pesadillas, problemas para iniciar o mantener el sueño. El no descansar repercutirá negativamente en el afrontamiento de la situación y en las actividades diarias ya que no se dispone de energía (por ejemplo, "tardo dos horas en dormirme y me despierto muchas veces, me siento agotada todo el día").
 - Problemas de apetito: falta de apetito o comer demasiado para reducir la ansiedad (por ejemplo, "desde que ocurrió la agresión he adelgazado cuatro kilos, no tengo hambre y en ocasiones no me sienta bien la comida").

4.5. Atención psicosocial de emergencias en casos de agresión sexual

Dentro de la cadena asistencial que se crea en la atención psicosocial de una persona que ha sido víctima de una agresión sexual, la atención psicosocial de emergencias será el primer eslabón. Dicha atención posee características específicas que se van a desarrollar a continuación.

4.5.1. Actitud del interviniente ante la víctima

Siempre se ha dicho que las primeras impresiones son importantes, por ello es fundamental cuidar el primer contacto, la actitud y comportamiento de los intervinientes hacia la víctima para que esta se sienta, en los primeros momentos de confusión y descontrol, apoyada, segura y ayudada. Las intervenciones en caso de agresiones sexuales tienen, como se ha visto, unas características específicas que hacen que la persona afectada se sienta vulnerable, humillada y aterrorizada, por ello ese primer acercamiento será fundamental para el desarrollo adecuado de la intervención.

A continuación se describen algunas de las actitudes que debe tener el profesional (ver [cuadro 4.1](#)).

Cuadro 4.1. Actitud de los intervinientes ante la víctima

<i>Actitud</i>	<i>Contexto</i>	<i>Cómo</i>
Transmitir ayuda y seguridad	En momentos de caos y vulnerabilidad	Presentación Ofrecer ayuda Trasladar a un lugar seguro
Mantener la calma	El interviniente no debe dejarse llevar por lo indignante de la situación	Considerarse una persona de ayuda cuya función es proporcionar tranquilidad, no producir más ansiedad
Creer a la víctima	En ocasiones pueden existir indicios que nos hagan pensar que la agresión no es real	Recordar que el personal asistencial no es quien decide si una agresión es verdad o no, serán los jueces
Respetar la privacidad y confidencialidad	Una de las funciones más importantes del interviniente es respetar la intimidad del paciente	Realizar la intervención cuidando en todo momento la privacidad (en el lugar, exploración, etc.)
Empatía	La víctima debe saber que nos interesa	Parafraseando, resumiendo la información que ofrece, y comunicación no verbal

No hacer valoraciones subjetivas	A la víctima le interesa su experiencia y sus sentimientos	No expresar opiniones propias, pueden perjudicar más que ayudar
No juzgar	La víctima necesita apoyo no sentirse juzgada	El único culpable es el agresor
No sobreproteger	La víctima debe ser activa en sus decisiones	Apoyar y ayudar no es proteger en exceso. Se ayuda a pensar y a tomar decisiones
No mostrar actitud morbosa	La víctima ha sufrido una situación de humillación, donde verbalizar los hechos puede resultar muy difícil	No obligar a hablar sobre detalles que la víctima prefiere no contar, ya lo hará en la denuncia
No minimizar el suceso	La experiencia es difícil independientemente de la gravedad, lo persona nunca la desea	Evitar frases como “podía haber sido peor”
No revictimizar	La víctima puede sentirse agobiada porque todo le resulta estresante (el suceso, el afrontar la situación, servicios de emergencia, etc.).	Coordinación entre los distintos profesionales para evitar hacer las mismas preguntas

4.5.2. Pautas de intervención inmediata

Dentro del área de emergencias nos vamos a encontrar normalmente a personas que son encontradas en el lugar o cerca del lugar donde ocurre la agresión. El perfil de casos puede ser similar a estos:

- Persona que sufre violación con penetración vaginal y tocamientos (por ejemplo, persona que presenta arañazos y contusiones en diferentes partes del cuerpo, con ropa sucia y rota, aparece tirada en parque ansiosa, asustada,

desorientada).

- Persona que después de conocer a un hombre esa noche dice que la acompaña a su casa, la agrede sexualmente en el portal poniéndola un cuchillo en el cuello.
- Mujer que después de salir de una discoteca es asaltada por dos individuos que intentan robarla y uno de ellos la golpea en la cara tirándola al suelo y la viola.
- Mujer que despierta en descampado con dolor genital, desnuda, con golpes en la cara, no recuerda nada de lo ocurrido.

Lo primero que debe plantearse el profesional a la hora de abordar una intervención de este tipo es que debe eliminar o neutralizar posibles sentimientos que pueden aparecer por tratarse de una situación injusta y cruel que puede despertar sentimientos de rabia, totalmente lógicos, pero que pueden dificultar el proceso de ayuda a la víctima. Debemos recordar que la actitud debe ser de ayuda, apoyo, escucha y respeto hacia la persona que sufre, a través de habilidades de comunicación verbal y no verbal, entre otras (ver [cuadro 4.2](#)).

Es posible que reacciones de la víctima como el llanto intenso, gritos, hiperventilación, tristeza, ira, sufrimiento y culpas, generen cierta incertidumbre en el interviniente, miedos por no saber cómo actuar, qué hacer y qué decir, lo que puede provocar un bloqueo que haga que no se diga nada por temor a decir lo que no se debe o empeorar la situación. Ante esto es importante recordar que la víctima es una persona normal que quiere que se la trate de forma normal, ha vivido una experiencia traumática pero no busca un trato especial, sólo ayuda y apoyo.

La forma de actuar en estos casos es realizando los siguientes pasos:

1. Identificación y presentación. Para lograr un mayor acercamiento es fundamental que la víctima conozca a las personas que la van a ayudar. Resulta una forma eficaz de comenzar una intervención preguntar a la víctima por su nombre, dará a la intervención un carácter más individualizado y personal.
2. Adaptar el lenguaje a la persona y la situación. Recordar que se está en una situación de gran impacto emocional donde la persona tiene dificultades de concentración y pensamiento, por lo que el lenguaje que se utilice debe ser lo más claro y simple posible, para favorecer la comprensión. Por otro lado, habrá personas de diferente nivel cultural, personas que se expresan más a través de reacciones fisiológicas y otras que utilizarán un desahogo más cognitivo, por ello, la intervención debe adaptarse a cada una de ellas. Será imprescindible dar por escrito la información importante que la víctima pueda necesitar.
3. Trasladar a un lugar seguro. Las agresiones sexuales que se atienden en esta área se producen en vía pública, portales, parques, locales públicos, domicilio del agresor, etc. Lugares que se convierten en fuente de tensión y por ello es

importante trasladar a la víctima a un lugar que le proporcione seguridad. Son precisamente estos lugares los que después pueden producir en la víctima miedo y ansiedad por asociarlos a la agresión.

Cuadro 4.2. Habilidades de comunicación no verbal ante víctimas de agresión sexual

<i>Habilidades de comunicación no verbal</i>	<i>Descripción</i>
Tono de voz	Ante una persona que presenta altos niveles de ansiedad se debe mantener un tono de voz tranquilo, tanto en el volumen, medio-bajo, como en el ritmo. Un tono de voz adecuado reduce la activación del paciente.
Distancia física	Debemos tener en cuenta que la zona íntima, es decir, la que comprende entre el contacto físico y 45 cm de distancia es una zona reservada para las personas más cercanas, se debe pedir permiso para acercarnos a esta distancia. Por este motivo la persona se siente especialmente agredida en el caso de las agresiones sexuales.
Movimientos y posturas	El cuerpo ligeramente adelantado dará sensación de acercamiento y atención. Así una expresión sonriente, cabeza alta, contacto visual, mostrar las palmas de las manos favorecerá la relación de confianza. Siempre se intentará estar a la misma altura que el paciente y mantener contacto visual, se evitará cruzar los brazos.
Contacto físico	El contacto físico favorece la relación de ayuda pero se debe tener especial cuidado en casos de agresiones sexuales por lo que resulta fundamental pedir permiso a la víctima, recordar que siempre se debe empezar por las zonas distales y observar la reacción de la persona.

4. No dejar sola a la persona. No olvidar que se está ante una víctima que se siente atemorizada y que los intervinientes son el primer contacto de seguridad y ayuda. Nunca se dejará a una persona sola después de sufrir un suceso traumático, parte de la intervención consistirá en buscar apoyo social.
5. Proporcionar ropa para cubrirse. En caso necesario se debe facilitar ropa ya que la víctima puede aparecer sin ella o estar deteriorada, esto reducirá la sensación de vergüenza y humillación que pueda aparecer, aunque se deberá trabajar con estos sentimientos, ya la ropa dará cierta seguridad.
6. Reducir sintomatología fisiológica. Antes de abordar la sintomatología cognitiva, emocional y comportamental se debe hacer frente a síntomas fisiológicos, no por ser más relevantes que los anteriores, sino porque imposibilitan el diálogo con el paciente. Toda la información que se ofrece sirve para reducir la ansiedad, para el paciente saber que su vida no corre peligro por una crisis de ansiedad es fundamental, pero no hay que quitar importancia a los síntomas ya que la persona experimenta un gran malestar.
7. Normalización de la sintomatología. Esta es una de las pautas de intervención más importantes no sólo en casos de agresión sexual sino también ante cualquier hecho traumático que pueda vivir una persona. La víctima debe saber que todo aquello que le ocurre es normal, lo anormal es la situación que ha vivido. Cuando una persona sufre un acontecimiento traumático se produce un gran descontrol, su vida cambia de repente aparecen una serie de síntomas y situaciones que debe afrontar, la finalidad de la normalización es dar a la víctima un cierto control sobre sus reacciones, tanto en el momento de la intervención como posibles síntomas a medio y largo plazo que pudieran aparecer.
8. Facilitar la expresión emocional. Se debe crear un espacio íntimo, seguro y de confianza que facilite que la víctima hable de sus sentimientos y exprese las emociones fruto de la experiencia vivida. Que el paciente sea capaz de expresar sus sentimientos dependerá de la habilidad del profesional y también de las características personales del paciente, para aquellas personas más introvertidas se les puede recomendar que expresen sus sentimientos posteriormente mediante la escritura, dibujo o cualquier otra forma de expresión emocional, lo importante es el desahogo emocional no la vía de expresarlo. Para facilitar la expresión de emociones se podrán utilizar diferentes herramientas de comunicación (ver [cuadro 4.3](#)).

Se debe dar un trato normal y natural a la persona afectada, no buscando frases "milagrosas", que por otro lado no existen. Cuando el profesional dude o no sepa qué hacer, nada más fácil y simple que preguntar a la víctima: "¿Te importa si te toco la mano?", "Te vamos a tapar con una sábana; ¿de acuerdo?", "¿Tienes miedo?".

Cuadro 4.3. Habilidades de comunicación para facilitar la expresión emocional

<i>Estrategia</i>	<i>Descripción</i>
Escucha activa	El paciente debe saber que está siendo entendido, que nos interesa e importa. Parafrasear y resumir ayudará a ello. No se trata de oír simplemente datos. No se debe interrumpir el discurso
Autenticidad	No sólo se debe ser sincero sino que también se ha de ser congruente con aquello que se piensa y se dice. Nunca se debe mentir ni decir aquello que no se cree. Un "no sé" es preferible a dar información incorrecta.
Preguntas graduales	Las preguntas deben hacerse de menor a mayor afectación emocional. Nunca debe parecer un interrogatorio. Preguntas sencillas para comprender lo ocurrido.

El preguntar a la víctima cumple varios objetivos:

- Permitir una actitud activa en la persona afectada.
 - Reducir la incertidumbre en el interviniente.
 - Favorecer la relación de ayuda.
 - Propiciar la integración de la víctima en la propia intervención, ya que toma decisiones desde el primer momento.
 - Favorecer la expresión de sentimientos.
9. Facilitar un relato coherente del suceso. Se debe conseguir que la víctima sea capaz de relatar su experiencia de forma comprensible y esto en ocasiones supone un gran esfuerzo por su parte debido a la sintomatología que presenta, por tanto, será labor del profesional ayudar a pensar, que no a pensar o decidir por la víctima. Parafrasear, asentir con la cabeza, enlazar temporalmente la información, orientar en el espacio y en el tiempo, o concretar la información son algunos de los recursos que pueden facilitar la coherencia del relato ya que facilitan la concentración haciendo que la experiencia se asimile e integre mejor.
 10. Facilitar la puesta en marcha de habilidades de afrontamiento propias de la persona. Se reforzarán todos aquellos comentarios, comportamientos, y actitudes que favorezcan la puesta en marcha de habilidades de afrontamiento

(por ejemplo, "si veo que no puedo superarlo sola pediré ayuda profesional, intentaré volver a mi vida diaria, soy una persona que prefiero hablar cuando me pasa algo, eso me ayuda, quiero denunciar").

11. Reestructurar pensamientos o creencias inadecuadas. Se identificarán y modificarán pensamientos o creencias no adaptativos que pueden surgir inmediatamente después de la agresión, sobre todo relacionados con la autculpabilidad. Se insistirá en la idea de que la víctima nunca es culpable (por ejemplo, "has salido hoy como cualquier otro sábado por la noche ni tú ni nadie podría saber que podía ser agredida").
12. Fomentar una actitud activa. Como se ha señalado a lo largo del capítulo, desde el primer momento la víctima debe tomar sus propias decisiones, esto favorecerá dejar de ser cuanto antes víctima y mejorará su recuperación. El profesional debe limitarse a facilitar el pensamiento, la expresión de emociones y la ejecución de acciones.
13. Facilitar información. Se aportará información de diferentes aspectos: información sobre distinta sintomatología presente y posible futura, información sobre pasos a seguir desde el momento de la agresión sexual hasta la denuncia, etc. Esta información será útil para afrontar los primeros momentos y a corto plazo, antes de pasar a otros profesionales si es necesario.
14. Explicar pautas de afrontamiento para los días siguientes. Se debe aprovechar la intervención inmediata para recomendar unas pautas adecuadas en los días siguientes, estas pueden ser:
 - Evitar el aislamiento y la inactividad: la vuelta a la vida diaria favorece la recuperación.
 - Plan de autocuidado: favorecer el descanso, ciclo sueño-vigilia, alimentación adecuada, ejercicio físico y evitar consumo de alcohol y sustancias tóxicas.
 - Estar con personas que dan seguridad y apoyo respetando sobre todo su intimidad.
 - Informar de posibles "señales" que indican cuándo es necesario pedir ayuda profesional posterior.

4.5.3. Orientación a familiares

Como primeros intervinientes es posible que se deba informar a los familiares de lo ocurrido y hacer frente a las posibles reacciones que estos puedan tener. La información que se facilite debe ser real, objetiva y verificada, el mostrar inseguridades y con información que se contradiga entre distintos profesionales hará peligrar la relación de

ayuda, se perderá el valor como profesional y producirá en los familiares una sensación de confusión y ansiedad, que después deberá abordar y complicará la intervención.

Una vez que la situación es más estable emocionalmente se pueden aportar orientaciones para ayudar a su familiar agredido. Algunas de las pautas que podemos ofrecer son:

- Mantener una actitud de ayuda y comprensión.
- No juzgar, culpar o reprochar, sólo empeorará el malestar de la víctima y la relación familiar.
- Tratar a la víctima de manera natural y normal.
- Explicar posible sintomatología que puede aparecer en la víctima y cómo apoyarla.
- No forzar para que hable de la agresión sufrida si no lo desea.
- Animar y apoyar para la vuelta a la vida diaria, de forma gradual, sin presionar.
- Estar disponible y acompañar en gestiones que la víctima debe hacer (juicios, revisiones sanitarias, etc.).
- Plan de protección junto con la víctima y policía, en caso de amenazas, cuando el agresor sea conocido.
- Apoyar en la búsqueda de ayuda profesional en caso necesario.

Se trata, por tanto, de estar más a demanda de la víctima que de adoptar una actitud sobreprotectora. La víctima debe saber que sus familiares están disponibles para cuando pueda necesitarlos.

4.6. Conclusiones

Como se ha tratado a lo largo del capítulo, dentro de la violencia sexual, serán las agresiones sexuales los sucesos que más se atienden en el ámbito extrahospitalario.

Las agresiones sexuales además de ser un suceso traumático, que la víctima debe afrontar, son un delito por atentar contra la libertad, respecto a la capacidad de decidir, la dignidad del ser humano y la integridad física y psíquica.

Cuando una persona sufre una agresión sexual, debe enfrentarse a tres tipos de procesos: judicial si decide denunciar, sanitario y psicológico.

Los distintos profesionales deben informar y acompañar sobre los trámites a seguir y respetar la decisión del afectado/a cuando decida no denunciar.

En una persona que ha sufrido una agresión sexual pueden aparecer reacciones a corto, medio y largo plazo.

La valoración e intervención con la víctima implica poner en marcha estrategias específicas para afrontar el suceso.

Será fundamental asesorar a familiares sobre el trato y ayuda que deben prestar a la

víctima.

Caso práctico

DESCRIPCIÓN DEL CASO

La central de comunicaciones envía un aviso, a las cinco de la madrugada del mes de febrero, para que se acuda al parque conocido con el nombre Los Pinares donde al parecer se encuentra una mujer de unos 20 años que refiere haber sido agredida sexualmente, según refieren ciudadanos que la encuentran tirada en el suelo. Ante la información previa inicial se activan los recursos necesarios.

Relato que facilita la víctima: "Me encontraba con unas amigas en un bar de la calle Sol y Mar. Sobre las cuatro de la madrugada decidí irme porque estaba cansada, yo vivo muy cerca, me dijeron que me esperara que no me fuera sola pero yo no quise. ¡Debería haberles hecho caso, soy tonta, debería haber pensado que podía pasarme algo! Me estoy agobiando, me falta el aire, ¿qué me está pasando?, ¿qué pasará ahora?, qué asco, dónde voy, quiero lavarme, es culpa mía. Cuando iba por esa esquina apareció un hombre, me tiró contra el suelo (me mareo, no puedo respirar), y me sacó un cuchillo, me obligo a cruzar al parque. Continúo viendo su cara y sus ojos mirándome fijamente. Yo le supliqué que me dejara pero no quería. Siento cómo me toca y entonces... ¡qué horror!"

El relato del suceso se obtendrá realizando preguntas graduales según intensidad emocional ayudando a organizar temporalmente la información.

ACTUACIÓN REALIZADA

Cuando se disponga de datos fiables sobre el suceso es importante informar a la central de comunicaciones, confirmando la información previa y activando el protocolo de agresión sexual.

a) Valoración realizada

A nuestra llegada al lugar del suceso, tras comprobar que la zona es segura para la dotación, se realiza una valoración rápida inicial de la escena y de la paciente.

Nos encontramos con una mujer consciente, tirada en el suelo, sin ropa en la parte inferior del cuerpo, presenta contusiones en cara y miembros inferiores así como arañazos leves en brazos. Manifiesta dolor y escozor en zona genital refiere haber sido violada con penetración vaginal por un hombre.

– Valoración sanitaria

Se realizará una valoración sanitaria, en la cual en la medida de lo posible se evitará la manipulación de posibles muestras y pruebas.

Las pruebas se guardarán en bolsas por separado, se identifican las prendas de ropa y se indicará al indicativo de policía que recoge y custodia las pruebas.

Se comprueba en este caso que la víctima no presenta heridas importantes, no siendo necesario un traslado urgente al hospital aunque sí que será necesaria una valoración ginecológica posterior. Presenta una importante alteración emocional, por lo que se requiere la intervención del psicólogo que ya se encuentra en el lugar. La USVA realizará su informe asistencial haciendo constar lesiones encontradas.

Resulta fundamental en estos casos la comunicación entre los distintos profesionales para no preguntar de forma reiterada las mismas cuestiones a la víctima.

– Valoración psicológica

Se realizará una valoración de la sintomatología que presenta a nivel motor, cognitivo, fisiológico y emocional así como necesidades básicas a cubrir.

- A nivel cognitivo: la víctima presenta confusión inicial con problemas para verbalizar y organizar la información sobre lo sucedido, ideas de culpa, dificultad para tomar decisiones y reexperimentación.
- A nivel emocional: muestra sentimientos de miedo, ansiedad y humillación.
- A nivel fisiológico: hiperventilación, opresión en el pecho, tensión muscular en manos, hormigueo en miembros inferiores, dolor de cabeza y náuseas.
- A nivel motor: llanto intenso.

b) *Pautas y técnicas de intervención*

- La dotación se presentará y preguntará a la víctima su nombre para crear una asistencia más personalizada.
- Se cuidarán en todo momento las habilidades de comunicación no verbales y se adaptará el lenguaje al paciente.
- Respecto a necesidades básicas: será necesario el uso de sábanas o mantas para sustituir la falta de ropa y abrigo.
- Se traslada a un vehículo asistencial para favorecer la intervención psicológica y salvaguardar la intimidad del paciente.
- Para reducir la sintomatología fisiológica se utilizará la respiración abdominal haciendo de modelo para favorecer el aprendizaje. Previamente se explicarán los síntomas y formas de afrontarlos ("los síntomas que tienes se deben a la ansiedad, totalmente normales debido a la experiencia traumática que has vivido, se producen por tu respiración que es demasiado rápida y superficial, esto hace que entre más oxígeno del necesario y te provoque la presión en el pecho, hormigueo y la tensión muscular, vamos a empezar a respirar las dos juntas, fíjate en mí, las respiraciones serán lentas y profundas, muy bien, lo estás haciendo bien").
- Se normalizarán todos los síntomas que presenta debido a la situación que ha vivido, ("es normal que sientas miedo, que tengas ganas de llorar, que te falte el aire, estamos para ayudarte, no te vamos a dejar sola, lo normal es reaccionar como lo estás haciendo, tu cuerpo y tu mente están tratando de asimilar la experiencia que has sufrido", "cuando una persona vive una situación traumática como la que has vivido, es normal volver a vivir la situación en forma de imágenes y sensaciones por eso dices que continúas viendo su cara y sintiendo cómo te sujeta por el brazo o el olor. Lo normal es que con los días se reduzcan, si no fuera así al igual que el resto de síntomas debemos dejar que nos ayuden y acudir a ayuda especializada, hay muchos profesionales que pueden ayudarte").
- Se buscará apoyo social con el que la víctima se encuentre segura, se ayudará en su localización.
- Reestructuración cognitiva breve para trabajar pensamientos y sentimientos de culpabilidad: ("nadie podía saber que podías sufrir una agresión, es más esto no debería de suceder, nadie tiene derecho a forzar sexualmente a nadie, esto es un delito, tú decidirás si quieres o no denunciar, nosotros te ayudaremos en caso de que quieras hacerlo", "ya bastante mal lo estás pasando para que también te castigues insultándote y culpándote, el agresor es el único culpable, nunca lo es la víctima").
- Se debe trabajar toda la sintomatología hasta que se reduzca su intensidad, se informará brevemente del proceso sanitario en el hospital. Posteriormente se apoyará y asesorará en caso de querer denunciar, resaltando la importancia de no poder lavarse para no perder muestras, reforzando mucho el esfuerzo que se hace por ello ("eres muy valiente, imaginamos que es una situación muy difícil, te felicito por querer denunciar es una forma importante de afrontar esta experiencia y se ayudará a otras personas para que no vuelva a

ocurrir"). Se informará sobre la denuncia para reducir la ansiedad añadida que puede producir este proceso. En ocasiones será útil la asistencia del psicólogo durante la denuncia en caso de producirse crisis de ansiedad al recordar detalles.

CONCLUSIÓN

La intervención psicológica de emergencia debe finalizar cuando la víctima se encuentre más estable emocionalmente, esté acompañada por personas cercanas que la acompañen en los primeros momentos del proceso y se derive a otros profesionales.

Se finalizará la intervención realizando un informe de asistencia psicológica.

5

Crisis suicidas

"El suicidio es una solución eterna para lo que a menudo no es más que un problema temporal"

E. Ringel, 1989

Las urgencias psiquiátricas suponen un volumen importante dentro de las atenciones realizadas en el área de emergencias y urgencias, siendo quizás las atenciones realizadas con mayor frecuencia la agitación psicomotriz y la conducta suicida. Estas últimas suponen un grave problema de salud pública e implican una gran dificultad diagnóstica, siendo una de las situaciones que producen mayor inseguridad en los profesionales.

Existe amplia bibliografía que nos permite hacernos una imagen casi exacta del perfil del paciente suicida, de qué herramientas podemos emplear en la práctica clínica para determinar si un paciente tiene el deseo de morir, de qué factores de riesgo o protectores debemos saber detectar, qué tipo de intervenciones psicoterapéuticas o farmacológicas son más efectivas, cuál es la intervención más adecuada con estos pacientes en atención primaria o en salud mental y, sin embargo, apenas existe documentación que refleje el trabajo que se realiza en el ámbito de emergencias, a pesar de ser este uno de los primeros recursos que en la mayoría de las ocasiones tienen un primer contacto con el paciente (por ejemplo, ese paciente que llama por teléfono a un servicio de emergencias expresando su malestar, desesperanza y verbalizando claramente ese "quiero morir y me voy a hacer daño AHORA").

Por tanto, el presente capítulo tendrá como objetivo principal describir aspectos relevantes sobre la conducta suicida y dotar a los profesionales de estrategias breves, sencillas y necesarias para una óptima exploración e intervención en crisis suicidas, con el fin último de evitar la ejecución o repetición de la conducta.

5.1. Aspectos básicos de la conducta suicida

Para poder intervenir en el aquí y el ahora de una crisis suicida, sea cual sea su grado (ideación, tentativa o suicidio consumado), es necesario el conocimiento de aspectos conceptuales que nos permitan entender lo que supone un deseo o acto autodestructivo, por tal motivo, en este apartado diseccionaremos el acto suicida (concepto, tipología, factores, creencias y valores implicados).

5.1.1. Conceptualización y diferenciación a través de la historia

El término suicidio proviene del latín "sui" que significa sí mismo y "coedere" matar, es decir, matarse a sí mismo. Este término fue creado en 1735 por Abate François Desfontaines para designar la acción de aquella persona que se mata por sus propios deseos (Toledano, 1999).

A lo largo de la historia se han dado diversas definiciones de suicidio. La OMS en 1969 define el acto suicida como todo hecho por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, cualquiera que sea el grado de intención letal y de conocimiento del verdadero móvil; Ringel (1989) lo define como una solución eterna para lo que a menudo no es más que un problema temporal; Slakieu (1999) define el suicidio como una situación de crisis que pone en peligro la vida y proporciona una definición de crisis como un estado personal de trastornos y desorganización, caracterizado fundamentalmente por la incapacidad de un individuo para manejar una situación particular usando los métodos que normalmente emplea para la resolución de problemas y por la tendencia hacia un resultado radicalmente positivo o negativo. Por tanto, el individuo considera que mediante las técnicas tradicionales de solución de problemas no consigue nada y el suicidio será un alivio al problema o, al menos, una opción razonable.

El acto suicida ha existido desde que la humanidad existe, sin embargo, la concepción positiva o negativa del mismo ha cambiado a través de las diferentes culturas. Si hacemos una revisión de éstas, en la Grecia Antigua se condenaba el acto, destacando Platón, quien rechazaba el suicidio porque consideraba que solamente los dioses eran los que decidían cuándo abandonar la vida; en la Roma Imperial se consideraba un acto honorable entre políticos e intelectuales pero no entre los esclavos; en esta época Séneca defiende la postura de que el suicidio es la puesta en marcha de la libertad del ser humano para terminar con su propia vida, que considera indigna, y la garantía de la capacidad última de decisión, expresando en su obra afirmaciones como: "¿Quieres libertad? Elige cualquier vena de tu cuerpo". En la actualidad, este planteamiento ha servido de base teórica para los que defienden la calidad de vida frente a la santidad de esta. Posteriormente, en la Edad Media el suicidio era considerado como un acto delictivo y era castigado para evitar su propagación. Únicamente se permitía si se cometía para evitar una violación, no obstante aquellos que lo cometían no podían ser enterrados en cementerios o lugares sagrados así como se les confiscaban todas sus pertenencias. En la Edad Moderna (ss. XVII-XIX), existieron planteamientos

contrapuestos, los castigos legales se suavizaron, aunque se mantenía la negativa a enterrar a los suicidas en el cementerio y por otra parte se otorgaba cierta solemnidad a los suicidios por honor, sobre todo los de militares y los de duelos (Vicente, 2007).

Durkheim (1992) en su libro *El Suicidio*, se propuso desmontar los soportes de la condena moral al suicidio desde el punto de vista sociológico, y formuló la teoría en la que el contexto social es el factor que influye con mayor peso sobre la decisión de un suicida, estableciendo una relación inversamente proporcional entre la tasa de suicidio y la integración social. Plantea una tipología de la conducta suicida, diferenciando: el suicida egoísta (cuando se realiza para afirmar la individualidad, se da en sujetos mínimamente integrados en su familia o grupo religioso o político), el altruista (es el sacrificio del individuo por el bien del grupo), el anómico (cuando las normas sociales están tan alteradas que el sujeto no encuentra motivos suficientes para vivir, no se siente sostenido por el entorno y se suicida, siendo un ejemplo de estos los suicidios por crisis económicas, divorcio o viudez), y el suicidio fatalista (causado por el exceso de reglamentación). Las teorías de Durkheim fueron completadas más tarde por Halbwachs en 1930, quien plantea que la soledad es la característica común a todos los tipos de suicidio, al margen de otras motivaciones complementarias (Pérez Jiménez, 2011).

Desde la Psiquiatría hay un temprano interés por la conducta suicida y es en el siglo XVII cuando se inicia la visión del suicidio como enfermedad mental o personas afectadas por alguna demencia o trastorno de la razón. El acto destructivo dejó de ser considerado en primer lugar como un pecado o crimen para posteriormente ser tomado como algo anormal y enfermo (Howe Colt, 1991). Dentro de esta visión destaca Pinel quien considera el suicidio como síntoma de melancolía (lo que antes era un desvarío melancólico y que ahora conocemos como depresión), Esquirol lo atribuye a un delirio agudo o derivado de acontecimientos vitales negativos, y posteriormente Pierre de Boismont en 1856 recoge en su obra esta concepción con "El suicida es un desdichado o un loco". A partir de este momento se suceden los trabajos: Jousset y Moreau Tours, a finales del siglo XIX, elaboran una clasificación del suicidio, que distingue el suicidio maniático (fruto de alucinaciones o delirios), melancólico, obsesivo e impulsivo o automático. Achille - Delmas, en su obra *Psychopathologie du suicide* (1932) distingue el verdadero suicidio, al que considera no una enfermedad sino un síntoma de un trastorno mental, de los pseudosuicidios (que pueden explicarse de una manera racional) (Baca *et al.*, 2000).

En la primera mitad del siglo XX, proliferan las explicaciones psicológicas y psiquiátricas y, dentro de estas, encontramos las teorías psicoanalíticas de Freud, que explicaba el suicidio como la pulsión entre Eros y Thanatos con el resultado final de la victoria del último, interpretando el suicidio como una agresión que inicialmente va dirigido al objeto odiado pero que cuando esto no puede ser expresado, se vuelven hacia el propio sujeto. Schneidman más tarde lo llamará asesinato a 180°; las teorías de Jung, donde el acto suicida era la destrucción de la armonía entre el consciente y el inconsciente derivado de impulsos agresivos reprimidos y Menninger, que define el suicidio como un homicidio invertido o rabia homicida contra uno mismo. En la década

de los sesenta se consideró el suicidio como una llamada de atención, donde la conducta suicida se emplea como una forma de comunicación o de lenguaje hacia el entorno (Ramos, 1993).

Posteriormente, se introdujeron las teorías cognitivas que consideran como causa esencial del acto suicida la desesperanza del individuo, donde el paciente percibe la situación como insostenible, realizando una interpretación recurrente de sus experiencias de un modo negativo, sin base objetiva y anticipando que cualquier alternativa de solución va a fallar (Beck *et al*, 1975). Dentro de este modelo teórico se ha comprobado que la desesperanza es un factor significativo en el comportamiento suicida y que explica el nexo entre la depresión e intento suicida (Kovacs y Beck, 1977).

Dentro de esta corriente, Ramos (1993) analiza las cogniciones de los pacientes suicidas y establece la evolución del pensamiento suicida en pacientes depresivos distinguiendo las siguientes fases:

- Fase 1. FASE PREVIA, en la que aparecen ideas generales sobre la muerte que se van personalizando.
- Fase 2. FASE DE POSIBILIDAD DE SUICIDIO, en la que aparecen pensamientos autodestructivos.
- Fase 3. FASE DE AMBIVALENCIA, en la que la persona comienza a plantearse lo positivo o negativo, lo bueno o malo que conlleva su muerte (consecuencias para su familia, su entorno, para sí mismo).
- Fase 4. FASE DE INFLUENCIA INFORMATIVA, donde la persona trata de recopilar información sobre todo lo relacionado con el suicidio (métodos autolíticos, experiencias de personas que han realizado tentativas, etc.).
- Fase 5. FASE DE FIJACIÓN DE LA IDEA DE SUICIDIO, donde se identifica la muerte como la única alternativa útil a su situación e incluso se produce una sensación de liberación por haber encontrado "la solución".
- Fase 6. FASE DE DECISIÓN SUICIDA, donde se produce la elaboración del plan suicida (cómo, dónde y cuándo).

Estas últimas teorías son un enfoque intermedio entre aquellos que defienden como única causa la social para explicar el suicidio y aquellos que defienden las variables motivacionales o personales como agentes del acto suicida (Arffa, 1983).

Se considera por tanto que la tendencia al suicidio aparece como consecuencia de los sentimientos de desesperanza en conjunción con la idea de que las dificultades corrientes son inaguantables o a consecuencia de querer manipular rápidamente y controlar la situación frustrante o amenazante. El objetivo del suicidio es buscar un fin a lo que se siente como un dolor emocional intolerable.

5.1.2. Clasificación del acto suicida

En función del resultado final, la conducta suicida se puede clasificar atendiendo a diferentes categorías (ver [cuadro 5.1](#)). Durkheim en su obra ya distinguía entre suicidio como todo caso de muerte que era realizado por la propia víctima, y tentativa como el mismo acto pero que era detenido sin llegar a la muerte.

En ocasiones, la tentativa de suicidio se ha llegado a considerar un simulacro del suicidio consumado. Schneidman (1994) afirma que la tentativa de suicidio presenta aspectos claramente diferenciados del suicidio consumado, ambos tienen un componente de autolesión, aunque en el intento puede estar latente o ser ambivalente, sin embargo, la tentativa además posee un componente de demanda de ayuda al entorno, llamada de atención y manipulación. Este aspecto se tratará más adelante en la revisión de pautas en intervención en crisis suicidas.

Así, para evitar la confusión entre suicidio y tentativa, Kreitman introdujo el término de parasuicidio, definiéndolo como un acto no mortal en el que la persona, de forma deliberada, se autolesiona o ingiere un medicamento a dosis superiores a las descritas.

Existe también otra clasificación que propone Rojas (1984) diferenciando el suicidio activo y el pasivo, considerando el primero como aquel comportamiento claro dirigido a la autodestrucción, y el segundo como aquel en el que el sujeto muestra una actitud indiferente hacia la vida de forma progresiva.

Otro modelo explicativo es el dicotómico, representado por Stenkel (1992) diferenciando dos tipos de sujetos: los que consuman su suicidio y aquellos que realizan tentativas múltiples. En cada grupo no podemos hablar de "tipos humanos" semejantes, aunque poseen características diferenciales con los del otro, que aconsejan su abordaje por separado. Igualmente autores como Farberow (1969) hablan del modelo unitario que defiende la idea de un mismo fenómeno pero en distintos grados: en la ideación autolítica, la tentativa de suicidio y la consumación, encontraríamos el mismo deseo de morir, que evoluciona de forma crónica en el sujeto y cuya expresión depende de las circunstancias ambientales, del entorno o personales de este.

Cuadro 5.1. Categorías en función del resultado final

<i>Categorías</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Resultado</i>
Ideación	Deseo o pensamiento de morir	Inicio conducta Desecha pensamiento
Tentativa	Fin mortal	Método no letal Acto interrumpido
Parasuicidio	Cambios en el entorno	Método de baja letalidad
Suicidio consumado	Fin mortal	Muerte

Existe también la clasificación aportada por Silverman *et al.* (2007) los cuales hacen una clasificación en función del resultado de la conducta, la intencionalidad, la entidad del acto y el conocimiento de los resultados de la conducta (ver [cuadro 5.2](#)).

Cuadro 5.2. Categorías en función del resultado, intencionalidad, entidad y conciencia del resultado

<i>Categorías</i>	<i>Definición</i>
Ideación	Pensamientos o cogniciones sobre el suicidio
Comunicación suicida	Acto interpersonal en el que se transmiten deseos, pensamientos o intención de acabar con la propia vida. Es el punto intermedio entre la ideación y la conducta. Existen dos tipos: amenaza y plan suicida.
Conducta suicida	Conducta potencialmente lesiva y autoinflingida con la intención o no de morir. Existen cuatro tipos: autolesión o gesto suicida, conducta suicida no determinada, intento de suicidio y suicidio.

Además, podemos distinguir la conducta suicida atendiendo a otros factores, dando lugar a los siguientes tipos (Gradillas, 1998):

- Suicidio ampliado: cuando una persona comete el acto suicida e incluye la destrucción de otra u otras personas cercanas a él (por ejemplo, padre que se suicida y previamente mata a su hijo discapacitado por la creencia de que nadie cuidará de este). Se trata por tanto de un suicidio y un homicidio.
- Suicidio simultáneo: cuando varias personas deciden quitarse la vida (por ejemplo, suicidios pactados entre adolescentes para realizarlo en el mismo momento).
- Suicidio epidémico: cuando existe en un mismo lugar y de forma sucesiva varios casos de suicidio.
- Suicidio colectivo: cuando un gran número de personas se suicidan en un mismo lugar por motivos comunes o no (por ejemplo, miembros de una secta se unen para dar fin a sus vidas y así encontrar un mundo mejor o la actual tendencia de personas que se dan cita en un lugar determinado a través de Internet para acabar con su propia vida).

5.1.3. Epidemiología: problema grave de salud pública

El suicidio es una conducta castigada en muchas sociedades y vista aún en la actualidad de forma estigmatizada y negativa por razones culturales y religiosas, sin embargo, según recoge el Informe mundial sobre la violencia y la salud de la OMS (2002), a pesar de que muchos datos oficiales al respecto oculten las verdaderas cifras de muertes por suicidio, se estimó que en el año 2000 se suicidaron en el mundo 815.000 personas, es decir, aproximadamente una cada 40 segundos, o lo que es lo mismo 2.160 suicidios al día, lo que convierte al suicidio en la decimotercera causa de muerte en el mundo, con una previsión de que en el 2020 la cifra habrá crecido hasta un millón y medio de suicidios al año.

En términos generales, la OMS estima que en los últimos cincuenta años las tasas de suicidio se han incrementado en un 60% en el mundo. Los datos desvelan que el mayor incremento de tasa de suicidio se ha dado en los grupos de edad de menos de cuarenta años. A pesar de que dentro de cada país las cifras oscilan según las fuentes, el nivel de implementación estadístico e incluso el régimen político, se encuentra que las tasas más altas de suicidio se dan en países de Europa del Este, y las más bajas en América Latina, en los países musulmanes y algunos países asiáticos. Así mismo, en el mismo informe se recogen datos como que las lesiones autoinfligidas son la cuarta causa de muerte y la sexta causa de mala salud y discapacidad en la población entre los 15 y los 44 años y que las tasas de suicidio tienden a aumentar con la edad y alcanzan las cifras más altas entre las personas de 75 años o más.

En la actualidad, en España, mueren más personas por suicidio que por accidente de tráfico, y sin embargo, apenas hay actuaciones preventivas para ello. Si vamos por una carretera durante el verano o en alguna fecha festiva, existen carteles luminosos que nos

dan cifras reales de las personas que murieron en las carreteras el año anterior y que nos hacen pensar y, sobre todo, levantar el pie del acelerador, y entonces: ¿cuándo nos van a poner algún cartel que nos haga ser conscientes de lo que es la realidad del suicidio? Si no somos conocedores del problema real, no podremos poner solución. El primer paso sería conocer el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes suicidas atendidos en el área que nos ocupa, en concreto se establece un perfil caracterizado como varón, de 25-35 años, español, soltero, con patología psiquiátrica en tratamiento, sin tentativas previas, que había verbalizado sus intenciones autolíticas, teniendo como factor desencadenante la propia enfermedad física o psíquica, que elige como método autolítico la defenestración, sin presencia de otras personas, al cual se le traslada al hospital y presenta como diagnóstico principal trastorno craneoencefálico, trauma o politraumatismo (Pacheco, 2011).

Otro factor importante respecto a las cifras actuales es la crisis económica vivida en los últimos años. Del año 2007 al 2009, Europa ha experimentado un notable ascenso, invirtiéndose la tendencia hacia la baja que presentaba hasta principios de 2007. Precisamente los países donde el impacto de la crisis económica ha sido mayor, como Grecia e Irlanda, son los que han experimentado un mayor incremento de suicidios (17% y 13%, respectivamente) (Stuckler y cols., 2011).

En realidad, podemos hablar de una "epidemia silenciada" donde los datos oficiales de muertes por suicidio no son reales. No conocemos las cifras exactas de aquellos que han muerto por sus propios deseos, ni mucho menos las cifras de aquellos que atentan contra su propia vida, y bien porque el método ha fallado, o bien porque alguien ha interrumpido el acto, no han llegado al objetivo que deseaban, morir. La OMS afirma que es prioritario tratar de que el suicidio deje de ser considerado un tabú, o una consecuencia aceptable de una crisis personal o social, y sea visto como una afección sanitaria en la que influyen factores de riesgo psicosociales, culturales y ambientales que se pueden prevenir mediante respuestas donde cada país esté implicado.

5.1.4. *Epidemia social y contagio: el efecto Werther*

Si hablamos del suicidio como hecho social, no podemos dejar de lado el concepto de suicidio como epidemia o modelo de conducta. Durkheim en su estudio de 1887, *Le Suicide*, afirmó que "ningún otro hecho es tan rápidamente transmitido por contagio como el suicidio". Dentro de esta concepción nos encontramos el llamado *efecto Werther*, término psiquiátrico para denominar la ola de suicidios que generalmente sigue a una persona famosa y el fenómeno imitativo de la conducta suicida. El término fue creado por un sociólogo, David Philips (1974), quien concluyó que las cifras de suicidio aumentan de forma significativa después de que las noticias de suicidio aparecieran en la prensa y que el incremento era proporcional al nivel de cobertura que obtuvieran dichas noticias. El nombre de este efecto se debe a una novela de Goethe que describe el

suicidio de un enamorado sin consuelo. Dicha novela tuvo tanto efecto en los lectores adolescentes de la época que en la década de 1770 se dieron numerosos casos de suicidio en los que calcaban no sólo el método utilizado en el suicidio de la novela, sino hasta su vestimenta y lugar donde lo cometía. Se habló entonces de una epidemia de suicidios románticos en Europa.

Tanto lo descrito, como sucesos más recientes, muestran claramente el efecto contagioso del suicidio. Existen diversos casos a lo largo de los años que sirven de ejemplo como suicidio por imitación: en Viena entre los años 1984-1987 aparecieron en prensa anuncios de suicidios cometidos en el metro que desencadenaron el efecto Werther; otro caso producido por la publicación en 1991 de un libro en Estados Unidos en el que se daban consejos de cómo suicidarse mediante asfixia, posteriormente se estudiaron los casos de suicidio y se observó un notable aumento de casos empleando este método, mientras que el resto de métodos no habían variado; en el año 2003 en Hong-Kong un cantante famoso se suicidó y se estudiaron los efectos que este suceso había tenido en la población y se obtuvo un incremento significativo en los suicidios que siguieron a la muerte de la celebridad, en comparación con el promedio de los tres meses precedentes así como con el promedio mensual correspondiente durante los años 1998 y 2002. Estuvo particularmente marcado en un subgrupo de varones, en edades comprendidas entre los 25 y los 39 años, muchos de los cuales murieron lanzándose al vacío, al igual que el famoso cantante de pop. Muy a menudo se mencionó el nombre de la celebridad en los archivos de caso y en las notas de suicidio (Paul *et al.*, 2006).

La conclusión de estos y otros sucesos es que la difusión de la información sobre la eficacia probada de algún método autolítico puede potenciar los impulsos suicidas.

Con todos estos datos, se confirma el potencial daño que pueden causar las noticias sensacionalistas que se dan en ocasiones sobre ciertas muertes. Tanto es así, que la OMS (2000) dentro del Programa SUPRE ha confeccionado un instrumento para profesionales de los medios de comunicación donde se establecen claramente las consecuencias de la información sobre un suicidio así como cuáles son las pautas adecuadas para informar (ver [cuadro 5.3](#)).

Cuadro 5.3. Manejo de la noticia sobre suicidios

Qué hacer	Qué no hacer
Dar una noticia veraz y coordinada con entidades sanitarias	Cubrir de forma sensacionalista la noticia de un suicidio
Presentar sólo datos relevantes en páginas interiores	Poner fotografías o dar descripciones detalladas del método y acceso a él
Publicitar indicadores de riesgo y señales	Dar una explicación simplista (única causa)
Proporcionar información de recursos de ayuda	Explicar el suicidio como única forma de enfrentarse a los problemas
Referirse al suicidio como un hecho	Describir a las víctimas de suicidio como

5.1.5. Factores de riesgo y factores protectores de la conducta suicida

La conducta suicida no es algo aleatorio ya que intervienen factores sociales, psicológicos y biológicos, que podrían considerarse factores de riesgo. No podemos olvidar el valor preventivo de su conocimiento, por lo que aquí se resumen los principales factores de riesgo asociados a la conducta suicida:

– Factores sociodemográficos:

- Género: la proporción de suicidios hombre/mujer es de 4:1 en países occidentales (WHO, 2002) y entre 3:1 y 7,5:1 en el resto del mundo (excepto en India con 1,3:1 y China con 0,9:1) (Nock, 2008). Existe una mayor incidencia de ideación o tentativa de suicidio en mujeres, frente a suicidios consumados en hombres, siendo el método empleado más violento en hombres (precipitación y ahorcamiento) frente a métodos menos letales en mujeres (ingesta de fármacos o tóxicos).
- Edad: aunque las tasas de suicidio son proporcionalmente más altas en edades avanzadas, si observamos la distribución demográfica, en número absoluto el suicidio se da más en menores de 45 años. En Europa, el suicidio de jóvenes se ha multiplicado en los últimos años y supone un grave problema en esta población.
- Estado civil: diversos estudios han confirmado las teorías de Durkheim, quien destacó el papel de la familia y el estado civil en el impulso suicida, obteniéndose una mayor incidencia entre divorciados, solteros y viudos.

– Factores clínicos:

- Enfermedad orgánica: la relación entre suicidio y enfermedad orgánica es significativa. La enfermedad física está presente en el 25% de los suicidios y en el 80% cuando hablamos de personas de edad avanzada, no obstante, el suicidio en muy pocas ocasiones se produce sólo a causa de una enfermedad física, sin asociarse a trastornos mentales.
- Enfermedad mental: numerosos estudios demuestran que un 90% de los casos de suicidio correspondían a personas con una patología mental previa, donde el riesgo de suicidio es mayor en la fase temprana de la enfermedad o en los primeros seis meses tras el alta de un ingreso, donde probablemente el paciente es más consciente de sus propias carencias o

dificultades. Los trastornos más relacionados con el suicidio son el trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, trastornos de la conducta alimentaria, abuso de sustancias y trastornos de personalidad.

- Neurobiología del suicidio: la conducta suicida se asocia a comportamientos impulsivos. Trabajos recientes apuntan a que los neurotransmisores tienen una función relevante en la fisiopatología del suicidio, principalmente con el déficit de serotonina y dopamina.

Además de los factores de riesgo, se han identificado una serie de factores que actúan como agentes protectores (personales y sociales) contra el comportamiento suicida, pudiendo destacar los siguientes:

– Agentes protectores personales:

- Poseer habilidades de afrontamiento ante los problemas.
- Tener autoconfianza y elevada autoestima.
- Tener buenas habilidades sociales y de comunicación.
- Ser flexible ante el cambio y las adversidades.

– Agentes protectores sociales:

- Apoyo familiar, social y comunitario estable.
- Poseer creencias religiosas.
- Adoptar valores culturales y tradiciones.
- Tener un acceso restringido a métodos de suicidio (armas, fármacos, etc.).
- Tener fácil acceso a mecanismos de búsqueda de ayuda o tratamiento.

5.1.6. *Valores, creencias y mitos sobre la conducta suicida*

Dado que el presente capítulo pretende dotar al lector de aquellas estrategias necesarias para abordar una crisis suicida, no podemos pasar por alto la necesidad de destacar aquellos valores, creencias y mitos que cada individuo tiene sobre la conducta suicida. La intervención puede verse influida por la concepción que se tenga sobre el suicidio. Para unos puede ser algo que nunca debería permitirse, para otros debería ser castigado, para otros es una conducta razonable y comprensible, así como para otros puede ser algo tan comprensible que en alguna ocasión se lo han planteado. Pero además, el suicidio por ser una conducta relacionada con el proceso de morir implica que cada uno de nosotros va a tener una experiencia con la muerte (personas que hayan vivido muertes múltiples, personas que únicamente hayan vivido muertes lejanas,

personas con experiencia de una muerte tras una enfermedad de muchos años y personas que hayan vivido la muerte por suicidio de un familiar, un amor, un amigo o un conocido). Cada una de estas experiencias marcarán la propia forma de intervenir con aquella persona que desea acabar con su vida.

La intervención con personas que expresan su deseo de morir puede hacer destapar en los profesionales todas sus creencias sobre la muerte y el suicidio, valores sobre la vida y mitos que aparecen siempre en torno a la conducta suicida, y que en última instancia pueden bien servirnos de facilitadores en nuestra tarea o bien ser una barrera de ésta. Antes de trabajar con una crisis suicida deberíamos pensar cuál es nuestra actitud hacia la muerte y el suicidio.

Existen numerosos mitos sobre la conducta suicida (ideas culturalmente aceptadas entre la población general e incluso entre los profesionales, pero que no han sido comprobadas científicamente), vamos a citar algunos de ellos:

- *Preguntar a una persona si está pensando en suicidarse puede provocar que lo haga*: esta creencia provoca en la mayoría de los casos que el profesional no realice una valoración integral y completa de la petición de ayuda que hace la otra persona. Es cierto que es difícil preguntarle a una persona si quiere morir e incluso preguntarle cómo ha pensado morir, sin embargo, en muchas ocasiones produce en las personas un alivio profundo por poder poner en voz alta esos pensamientos y miedos que una y otra vez están pasando por su cabeza.
- *El que lo dice no lo hace*: la mayor parte de las personas que se suicidan en algún momento han hablado de ello o han realizado alguna conducta para darlo a conocer. Pueden decirlo directamente con palabras ("ya no puedo más, estoy cansado de esta vida"), con conductas (por ejemplo, regalos de objetos queridos, despedirse o decir un "te quiero" cuando nunca se había dicho o hacía mucho que no lo decía).
- *El que verdaderamente lo quiere hacer no lo dice*: de cada diez personas que se suicidan, ocho lo advierten o dan algún indicio. Existe por tanto un alto porcentaje de las personas que llevan a cabo un suicidio consumado que verbalizaron claramente su intención o bien mostraron ciertas señales de riesgo inminente de suicidio.
- *Los que intentan el suicidio no desean morir, ya que si quisieran morir lo conseguirían*: efectivamente, existen los llamados parasuicidios, de los que antes se ha hablado, donde el objetivo de la persona no es morir, sino provocar un cambio en su entorno pero existe un volumen importante de tentativas suicidas donde bien la persona no conocía el grado de letalidad del método empleado (por ejemplo, no todo el mundo sabe cuál es el efecto de ciertos fármacos) o bien su conducta ha sido interrumpida.
- *Sólo las personas con problemas graves se suicidan*: está demostrado que el suicidio es multicausal e incluso ciertos autores hablan de una "carrera

suicida", donde la persona va acumulando ciertos sucesos, experiencias o problemas, que al final terminan en la decisión final de morir. Normalmente, existe la tendencia a buscar una causa reciente a ese efecto actual, sin embargo, en muchas ocasiones al hablar con familiares o el entorno de sujetos suicidas se descubre que no hay una única causa para esa decisión. A esto debemos añadir que lo que para uno puede ser un problema de fácil solución para otros puede resultar un problema catastrófico.

- *Cuando una depresión grave mejora, desaparece el riesgo de suicidio:* la realidad es que tras una depresión grave donde la persona no tenía energía ni para moverse, el riesgo de suicidio aumenta en los momentos iniciales de esta mejoría ya que la persona sí tiene energía para poder pensar, planificar y ejecutar la conducta pero con una desesperanza mantenida. Normalmente cuando la persona muestra signos de estar aliviándose es el momento en que los seres queridos empiezan a respirar con alivio y a vigilar menos a la persona, haciendo más probable que el intento sea exitoso. Por otra parte, la prescripción de antidepresivos es una cuestión muy importante a tener en cuenta, ya que éstos "empiezan a hacer efecto" a los 15 días, y es entonces cuando los potenciales suicidas "por fin tienen fuerzas para llevarlo a cabo".
- *El suicidio se hereda:* no existen datos concluyentes que confirmen la heredabilidad del suicidio, y solamente se puede hablar de la predisposición a desarrollar una enfermedad mental o también se habla del modelado que se produce en ciertas familias donde ha habido varias personas que se han suicidado, donde se considera que pueda existir un aprendizaje en las habilidades de afrontamiento ante situaciones adversas.

5.2. Intervención en crisis suicidas: de la ideación a la consumación

Dentro del ámbito de las emergencias se pueden dar principalmente 3 situaciones de crisis suicida:

1. Llamada de una persona que expresa su deseo de morir.
2. Persona que ha puesto en marcha un método autolítico o que amenaza con quitarse la vida.
3. Persona que ha consumado el suicidio.

Cada una de estas situaciones tiene sus propios objetivos de intervención y se van a revisar a continuación aquellas estrategias que se pueden poner en marcha, partiendo de la premisa de que a pesar de que se pongan en marcha todas las pautas que aquí se sugieren la persona decida terminar con su vida.

5.2.1. *Intervención telefónica en crisis suicidas*

"Hola... (alguien llora)... no puedo más... no puedo más... quiero terminar con todo"

Para quien maneja esta intervención debe existir el objetivo prioritario de conseguir un contacto personal inmediato y mantener una relación fluida, obtener información facilitando el lugar donde expresar sentimientos, miedos, dificultades, esperanzas y expectativas, valorar el riesgo suicida y promover actuaciones preventivas o terapéuticas inmediatas.

Se trata de una intervención difícil por las características específicas que tiene:

- Ausencia de contacto visual: no vemos a la persona y, por tanto, no disponemos de la información transmitida por la comunicación no verbal (gestos, mirada, movimientos y postura). Así mismo, inicialmente o a lo largo de la intervención, no disponemos información sobre el lugar en el que se encuentra, ni conocemos su estado físico y mental.
- Fragilidad de la relación establecida: la relación telefónica que se establece es una "relación frágil" que puede romperse en cualquier momento, por ello, nuestras intervenciones han de ser lentas, con respuestas breves y frases cortas.
- Exige una elevada capacidad de comunicación y autocontrol cognitivo: una llamada de alguien que expresa su deseo de morir es una situación altamente estresante para quien debe manejarla y debe partir de ser un gran comunicador con habilidad para poder mantener la llamada y recoger lo antes posible el mayor número de detalles que faciliten la intervención, así como una capacidad de control de las emociones (ansiedad, frustración por no conseguir enganchar a la otra persona, agresividad por lo que me dice, etc.), capacidad para no prejuizar (evitando por ejemplo, *"si ha llamado es porque realmente no lo va a hacer, simplemente es una llamada de atención"*), moralizar (evitando, por ejemplo, *"en la vida hay que luchar y no ser un cobarde"*) o analizar desde un punto de vista religioso.

5.2.1.1. *Pautas de intervención telefónica ante una crisis suicida*

Vamos a distinguir diferentes fases y las posibles pautas de manejo de cada una de ellas:

- *Fase 1: Contacto, establecimiento y mantenimiento de la llamada*

- Ofrecer confianza, comprensión y respeto a quien llama (por ejemplo, *"me llamo... estoy aquí para ayudarte, ¿cómo te llamas?"*, *"cuéntame qué te pasa y vemos si puedo ayudarte... estoy para escucharte"*).
 - No dar sensación de tener prisa o querer terminar. Este tipo de intervenciones son largas ya que igual que nosotros no vemos a la otra persona, la otra persona no sabe con quién está hablando (*"no te preocupes. tengo tiempo para escucharte"*, *"no tenemos prisa, date tiempo para contarme lo que te pasa"*). Es importante dejar hablar y expresar los sentimientos a la otra persona, teniendo en cuenta que posiblemente seamos la persona en quien deposita sus sentimientos más íntimos. Poniendo en marcha la escucha activa y la empatía vamos a poder conseguir una mayor proximidad al otro.
- *Fase 2: Evaluación de riesgo y plan suicida.* Para evaluar, debemos preguntar de forma directa sobre ciertos aspectos para poder disponer de información y actuar de la forma más adecuada posible. En la mayoría de las ocasiones, inicialmente la persona puede no querer dar información pero según se establece un clima de confianza, se va a facilitar la expresión emocional y verbal, propiciando que a lo largo de la conversación se obtenga información sobre los siguientes aspectos:
- Si está solo o acompañado
 - Desde dónde llama
 - Si ha hablado con alguien de lo que quiere hacer o ha avisado a alguien
 - Cuál es su percepción de apoyo social
 - Qué ha pensado hacer (plan de suicidio: qué, dónde, cómo y cuándo) y percepción de control que tiene sobre su conducta, ya que el grado de elaboración/ejecución del plan junto con la forma en que lo percibe, aumentará el riesgo de suicidio
 - Si ya ha realizado algo de su plan
 - Si ha consumido algún tipo de sustancia, cuál y cuándo
 - Si dispone de los medios para ejecutar su plan y cuáles son
 - Ambivalencias respecto al vivir o morir (frenos o precipitantes de la conducta)
 - Autoconcepto (destacar aspectos positivos en cualquier área de la vida)
 - Historia previa y potencial suicida (gestos autolíticos previos, precipitantes y consecuencias de estos, patología mental previa, tratamientos por patología física o mental, etc.). Tratar de identificar si la situación crítica es consecuencia de un suceso reactivo puntual, multicomponente o de larga evolución.

- *Fase 3: Generación de alternativas y cierre.* Como en cualquier intervención donde se maneja una crisis suicida, el profesional ha de partir de que no está para "convencer de no hacer" o "distracer a la persona de su sufrimiento o desesperanza". La persona no busca una solución milagrosa, busca la "comprensión" de lo que siente y piensa. El profesional está como el facilitador de "otras alternativas de solución". En este caso, por la especificidad del manejo telefónico, quizás una de las primeras alternativas que se deben barajar es que nos diga el lugar desde el que llama y así podamos enviar recursos de ayuda (sanitarios, bomberos y policía) o bien conseguir que nos facilite el nombre o forma de contactar con algún familiar o allegado que pueda dirigirse de forma inmediata a donde se encuentra ("como me has dicho dónde estás, si te parece bien, voy a mandar una unidad nuestra para que puedan estar contigo y te ayuden, queremos verte y saber cómo te encuentras..."). En este caso, es conveniente mantener la llamada hasta que los recursos de ayuda, familiares o allegados se encuentren en el lugar con la persona, confirmando que todo está bajo control y no somos necesarios. Sin embargo, a pesar de que toda llamada implica una solicitud de ayuda, podemos encontrarnos con personas que se nieguen a facilitar este tipo de información, por lo que nuestra labor en ese caso debería ser facilitar información de todo tipo de recursos a los que se puede dirigir (servicios de emergencia, atención primaria y urgencias, servicios de salud mental, etc.), dejando siempre la posibilidad de que puede solicitarnos ayuda y llamarnos siempre que lo necesite.

5.2.2. *Intervención en ideación o comunicación suicida in situ*

Otra de las situaciones a las que podemos dar respuesta es la ideación, comunicación o conducta autolítica in situ, donde la persona refiere su deseo, su intención o su conducta.

En el área de emergencias, no siempre este tipo de situaciones se presentan de forma clara e inicialmente la demanda de ayuda puede ser una situación que nada tiene que ver con lo que luego durante la exploración aparece (por ejemplo, nos avisan para atender a una mujer que se encuentra tirada y mareada en el probador de unos grandes almacenes. A nuestra llegada, la mujer presenta una elevada activación psicofisiológica con hiperventilación, mareo, hormigueo en manos, incapacidad para hablar, etc. Tras el manejo de la sintomatología que presenta, exploramos los detonantes de esta situación y expresa una situación de "no poder más y estar cansada de luchar" por diversos problemas ya que se acaba de separar, tiene problemas en el trabajo y se siente sola. No existe un plan elaborado pero sí que refiere que ha pensado hoy "que lo mejor sería terminar con todo"). Otro caso podría ser en el que la persona refiere de forma directa

sus intenciones (por ejemplo, un hombre de mediana edad que se encuentra en la calle con signos de haber ingerido una gran cantidad de alcohol, llora, se muestra agitado y refiere que el momento en el que nos vayamos, va a ir a la estación de metro que se encuentra muy cerca y va a arrojar a las vías del tren. Refiere que la vida ya no tiene sentido para él porque lo ha perdido todo y no desea luchar ya que no tiene nada bueno en la vida).

Por desgracia, en la actualidad, muchas personas que de forma directa o indirecta expresan este tipo de ideación no son tomadas en serio ("porque nunca sería capaz de hacerlo, porque es algo normal después de lo que ha pasado, porque lo único que quiere es llamar la atención, porque siempre lo dice pero realmente no lo hace etc.") y finalmente, y por desgracia, realizan un gesto suicida o un suicidio consumado. Quizás, los profesionales deberíamos hacer la siguiente reflexión: si alguien quiere llamar la atención, nos puede decir ¡hola, estoy aquí!, pero no dice un "me quiero morir, quiero desaparecer, esto es insoportable", deberíamos ver que siempre que alguien presente una ideación o comunicación de este tipo, aunque fuera una llamada de atención, siempre debería considerarse inadecuada y, como tal, deberíamos intervenir.

Dentro del área que nos ocupa, nuestros objetivos de intervención han de ser:

- Evaluar el riesgo suicida
- Tomar las medidas necesarias para evitar la conducta suicida
- Facilitar un recurso de ayuda especializada

Para la evaluación del riesgo suicida, el profesional ha de mostrarse abierto a escuchar aquello que la persona quiere decir de forma directa o indirecta, evitando dejarse llevar por los nervios, mostrando preocupación y apoyo, tomando en serio la situación sin trivializar o minimizar lo que la otra persona dice. Es cierto que uno de los límites que tiene la intervención en crisis suicida en el ámbito de las emergencias es contar con un tiempo limitado de intervención, trabajar en lugares que en muchas ocasiones no facilitan la intimidad y la comunicación, así como no disponer de escalas que en otros ámbitos pueden utilizarse.

La entrevista ante casos de ideación o comunicación suicida debe tener como objetivos el establecer una comunicación eficiente, evaluar el estado mental del paciente, evaluar la ideación, plan o intentos de suicidio, determinar factores de riesgo de suicidio, establecer el grado de intencionalidad, valorar recursos internos o externos que posea el sujeto, elaborar una lista de problemas ante los que se enfrenta y realizar una historia clínica (ver [cuadro 5.4](#)).

Existen ciertos errores que se cometen en este tipo de entrevistas:

- Preguntar sobre la ideación suicida de forma invasiva.
- Creer que si manifiesta ideas de suicidio no lo va a hacer.
- Banalizar el riesgo de suicidio en pacientes manipuladores (ver [cuadro 5.5](#)).

- No preguntar por lo que está pensando.
- Discutir o tratar de convencerle de que no lo haga.
- No contar con la familia o entorno como fuente de información.

Cuadro 5.4. Entrevista de exploración ideación suicida

<i>Aspectos a valorar</i>	<i>Pregunta</i>
Factor sociodemográfico	Género, edad, estado civil, raza y apoyo social
Factores estresantes	¿Cómo van las cosas en...? (salud, trabajo, familia y pareja)
Factores clínicos	¿Ha notado en las últimas dos semanas...? (Cansancio, insomnio, anhedonia, tristeza, astenia, angustia, ansiedad, etc.)
Factores fisiológicos	Intoxicación aguda Trastornos mentales orgánicos Enfermedades somáticas
Impulsividad	Rasgos de impulsividad o agresividad
Desesperanza	Expectativas negativas Pérdida del interés o razones para vivir
Abuso de tóxicos	Sentimientos de tener que dejar de consumir Culpa por consumir Recibe críticas por lo que consume
Ideación suicida	¿Ha tenido pensamientos sobre la muerte o suicidio? Significado, finalidad, plan, disponibilidad método, ensayos, etc.
Antecedentes personales y familiares	Historia de autolesiones y finalidad Conducta suicida en la familia
Autolesión	Letalidad, aislamiento y arrepentimiento
Adherencia a tratamiento	Capacidad para tratamiento Capacidad para alianza terapéutica

Cuadro 5.5. Indicadores de suicidio con componente manipulativo

- Factor sospecha: hay ganancias secundarias; suicidio como chantaje; existe afán de notoriedad, deseo de estimación o valoración ajena
- Método empleado: baja letalidad, alto nivel de conocimiento sobre el método y sus efectos y señales

para ser descubierto

- Planificación: sin plan
 - Intentos previos: sin que se agrave el riesgo
 - Antecedentes: sin consumo de tóxicos
 - Deseo de morir: inexistencia de verdadero deseo de morir y existen terceras personas que pueden rescatar
 - Emoción predominante: no es la desesperanza
-

Para una adecuada evaluación del riesgo de conducta suicida inmediato o futuro, se deben tener en cuenta los factores de riesgo y protectores que presenta la persona, pudiendo utilizarse escalas simples y breves que mejoran la documentación o informes, aumentan la exhaustividad de la valoración y pueden tener un valor legal importante. Un ejemplo de escala aplicable en este ámbito es la SAD Pearson (Patterson *et al.*, 1983) (ver [cuadro 5.6](#)) donde se valora el riesgo suicida que puede presentar un sujeto. Además, se deben tener en cuenta ciertas señales de alarma que pueden identificarse a lo largo de la entrevista: presencia de elevación del humor tras un periodo de elevado desaliento, conductas temerarias y accidentes múltiples, remordimientos, autocrítica y desesperanza, discurso con contenidos suicidas y elaboración de testamento o regalos de pertenencias de alto valor emocional para la persona.

Otro aspecto importante que siempre hay que valorar es el método que ha planeado poner en marcha, teniendo en cuenta que este depende de factores como la disponibilidad del método (por ejemplo, una escopeta para un cazador o fármacos para quien los consume), factores socioculturales e incluso geográficos (por ejemplo, el método en las grandes ciudades empleado con frecuencia es la precipitación, mientras que en zonas rurales es el ahorcamiento).

Cuadro 5.6. Escala de riesgo suicida

S SEXO	Los hombres se suicidan y las mujeres realizan más tentativas
A EDAD	El riesgo aumenta con la edad
D DEPRESIÓN	Principalmente con desesperanza
P INTENTOS PREVIOS	Principalmente con marcada letalidad
E ABUSO DE ETANOL	Existe un elevado y continuado consumo
R COGNICIONES	Pérdida de pensamiento racional, alucinaciones u obsesiones
S SOPORTE SOCIAL	Escaso o inadecuado apoyo social
O PLAN SUICIDA	Organizado y elaborado
N SIN PAREJA ESTABLE	No existen relaciones continuadas
S ENFERMEDAD	Enfermedad orgánica

Cada respuesta positiva se considera un punto:

0-2	Poco riesgo
3-4	Debe hacerse seguimiento ambulatorio
5-6	Considerar hospitalización
7-10	Alto riesgo. debe hospitalizarse

Así mismo, no se debe olvidar que si en el momento de la intervención contamos con familia o allegados, debemos recoger la información de estos para contrastar o ampliar la información del paciente.

Siguiendo unos criterios establecidos (ver [cuadro 5.7](#)), toda persona que presente riesgo de suicidio debe ser derivada o trasladada al servicio sanitario que corresponda para asegurarnos de que recibe una atención especializada y se realiza una valoración psiquiátrica exhaustiva. Es importante que exista una continuidad y que la información recogida en la intervención inmediata e in situ, se traslade adecuadamente al resto de recursos o servicios que vayan a atender a la persona que atraviesa una crisis suicida. En caso de un traslado forzoso, si la familia está presente hay que explicarles el procedimiento, ya que presenciar esto en muchas ocasiones puede resultar traumático.

Cuadro 5.7. Criterios de derivación

<i>Centro salud mental</i>	<i>Servicio urgencias/hospital</i>
– Patología psiquiátrica leve o moderada	– Patología psiquiátrica grave
– Existencia de beneficios secundarios	– Pacientes somáticos graves

- Antecedentes de conductas suicidas sin intencionalidad letal
 - Pacientes con dolor crónico
 - Antecedentes de conductas suicidas con intencionalidad letal
-

5.2.3. *Intervención en conducta suicida en curso*

Un hombre amenaza con tirarse desde un puente de una carretera muy transitada. Grita a todas las personas que se le quieren acercar, se mueve de un lado a otro, no fija la mirada, y repite una y otra vez que va a terminar con todo.

Manejar una situación de estas características de forma directa, en la que te sientes "responsable de enganchar a una persona a la vida" no es una tarea fácil y quizás para los profesionales del campo de las emergencias puede ser una de la situaciones más difíciles a las que debe enfrentarse y donde aparecen todos los miedos a no saber qué decir o hacer. Por ello, vamos a distinguir las fases, objetivos y estrategias a seguir en una situación como la que se ha descrito.

La primera fase será la de aproximación al lugar, evaluación del entorno y contacto, donde se tienen varios objetivos: en primer lugar, realizar una aproximación al lugar del suceso disminuyendo la estimulación ambiental (por ejemplo, quitar señales acústicas de la ambulancia cuando nos acercamos); en segundo lugar, recoger información de forma ágil sobre el suceso, el sujeto suicida u otras personas (familiares, allegados o profesionales de referencia). En estos casos, quizás ya exista algún profesional de un servicio de emergencias o familiares o allegados en el punto y debemos ponernos en contacto con ellos para recoger la información de que disponen, o bien tratar de recopilarla nosotros mismos si fuéramos los primeros en llegar (ver [cuadro 5.8](#)). En tercer lugar, se debe coordinar la intervención con todos los agentes intervinientes, estableciendo claramente quién va a contactar con él y qué funciones van a tener el resto de los profesionales, además se deben establecer las medidas de protección que sean necesarias para los profesionales intervinientes (por ejemplo, si vamos a aproximarnos al paciente podría ser necesario llevar un arnés y establecer vías de escape).

Cuadro 5.8. Recogida de información inicial

<i>Sobre el suceso</i>	<i>Sobre el sujeto / Otras personas</i>
Quién ha solicitado ayuda (él mismo, familiares, allegados o alguien que le ha visto)	Nombre, género y edad
Cuánto tiempo lleva amenazando que lo va a hacer	Se conocen antecedentes relevantes (clínicos, familiares, sucesos vitales estresantes, etc.)
	Posibilidad de que haya consumido

Se conoce cuál puede ser el precipitante de la crisis actual
Existe un acceso al sujeto que permita la intervención
La situación es segura para los intervinientes u otras personas

tóxicos
Historia previa de actos de auto/heteroagresividad
Se encuentra sólo o hay otras personas con él (familia, amigos, menores, algún profesional, etc.)
Valoración de que estas personas sean facilitadores o no en nuestra intervención
Se puede contactar con familiares o allegados que no se encuentran en el lugar

Una vez que dispongamos de toda la información posible, se debe realizar un primer contacto inicial con la menor estimulación ambiental posible, evitando aglomeraciones (por ejemplo, evitar que varios profesionales le hablen al mismo tiempo) y retirando cualquier persona generadora de más activación o desestabilización. En caso de que exista ya alguna persona que haya establecido previamente contacto con la persona, valoraremos la adecuación de cambiar y en caso de que se considere mantener este contacto, respetaremos la intervención, observando qué hace y si de algún modo podemos darle pautas para una adecuada evaluación e intervención.

Si somos nosotros los que desde el principio nos hacemos cargo de la intervención, lo primero de todo será presentarnos ("hola..., me llamo... y soy... y vengo a saber qué es lo que te pasa para estar en esta situación y si te puedo ayudar en algo. ¿Podemos hablar? ¿Cómo te llamas?").

No se debe olvidar que uno de los principios básicos de toda intervención en crisis es generar confianza y seguridad. Así, para conseguir el objetivo de enganchar con la persona en crisis debemos poner en marcha las siguientes estrategias:

- Establecer el foco de atención: a través de un tono de voz cálido, seguro y firme, con frases cortas y asegurándonos de contacto ocular directo.
- Naturalidad: ese estar realmente para ayudarle y escucharle, sin miedo a lo que diga o haga el sujeto suicida. El suicidio no debe ser un tema tabú. Ser directo, no dar rodeos a lo que verdaderamente la persona ha pensado o desea hacer.
- Empatía: mostrar interés y respeto por lo que nos dice. No seremos moralizantes ni juzgaremos su conducta.
- Escucha activa: mostrar nuestro interés por entender lo que le pasa, dejando a un lado ciertas barreras emocionales y cognitivas que en ocasiones aparecen en estas situaciones (por ejemplo, dejarnos llevar por la ansiedad provocada por el sentimiento de responsabilidad y los pensamientos intrusivos de "de que no se me mate la persona", estar más pendientes de lo siguiente que voy a decirle que de lo que me está diciendo, etc.).
- Generar control de la situación: el acercamiento ha de ser progresivo, evitando

ser bruscos en nuestros movimientos, anticipando siempre qué es lo que vamos a hacer y manteniendo una distancia de seguridad y permitida por el sujeto suicida. La persona ha de sentir que la situación está bajo control y que inicialmente él marca el ritmo de la situación ("¿Te parece bien si me acerco un poco? De acuerdo, ¿aquí está bien?"). Nuestra función no es "conseguir que no lo haga", es favorecer que identifique, valore y elija otra alternativa al menos temporalmente.

La segunda fase será la de evaluación del sujeto suicida e intervención, donde muchos de los objetivos y estrategias que se van a revisar son iguales a los de otra intervención en crisis suicidas (en consulta, por teléfono, etc.) pero con ciertas peculiaridades. El primer objetivo de esta fase será la realización de una valoración rápida identificando:

- Reacciones y signos de alteración a nivel cognitivo, motor, fisiológico, y emocional (por ejemplo, sudoración, verbalizaciones repetitivas, no mantiene contacto ocular, coherencia del discurso, hipervigilancia e hiperactividad, temblores, llora, actitud hacia nosotros, etc.)
- Necesidades básicas o médicas inmediatas (hambre, sed, cansancio u otras)
- Factores que puedan influir o empeorar la situación de crisis (por ejemplo, hay signos de que ha podido consumir tóxicos).

En segundo lugar, el objetivo de intervención será identificar qué circunstancias o factores intervienen en el deseo actual de morir y ejecutar la conducta suicida en la persona, para que en última instancia podamos generar junto a él alternativas de solución diferentes a acabar con la vida, reducir la mortalidad y alejar a la persona de una situación de peligro. Para ello, debemos inicialmente reducir la activación psicofisiológica mediante técnicas de respiración de emergencia, tono de voz bajo y tranquilizador, así como normalización de lo que está sintiendo, incluso, en ocasiones puede ser útil ofrecer medicación que pueda reducir el estado de activación, facilitar la expresión emocional y verbal para poder identificar y explorar a lo largo de la intervención los siguientes aspectos:

- Precipitantes de la crisis suicida actual (problemas laborales, interpersonales, económicos, legales, etc.).
- Plan de suicidio y elaboración cognitiva (por ejemplo, preguntar desde cuándo lleva pensándolo, qué ha pensado hacer, si existe crítica de su ideación o conducta, ambivalencia cognitiva, etc.).
- Nivel de impulsividad conductual, que impide la valoración de las consecuencias de los actos.
- Capacidad de resolución de problemas, identificando qué estrategias emplea en su vida diaria cuando se enfrenta a los problemas, qué resultados ha obtenido

en otras ocasiones, e incluso, si ha realizado una tentativa anterior, qué consecuencias obtuvo. Facilitar la reflexión sobre las consecuencias a corto, medio y largo plazo de la conducta suicida genera en la persona una ambivalencia, disminuyendo el objetivo inicial de terminar ya y para siempre con el problema o malestar.

- Concepto sobre sí mismo, su entorno y su futuro, para identificar el nivel de autoestima, apoyo social, desesperanza o anclas a la vida. La intervención no ha de centrarse únicamente en la temática del suicidio, propiciando una visión positiva que le enganche a querer vivir (por ejemplo, se puede preguntar por cosas que le gusta hacer, cosas que se le da bien hacer, etc.).
- Necesidades inmediatas (comida, bebida, tabaco, llamar a un familiar, que se le resuelva un problema legal, etc.) y la adecuación o posibilidad de cubrirlas.
- Alternativas posibles a la opción de morir. La opción de morir siempre estará, podemos demorar esa solución e intentar otras.

En tercer lugar, tendremos como objetivo el cierre o finalización de la intervención a través de la negociación de la movilización a un lugar más seguro y tranquilo en el que continuar la conversación y, posteriormente, negociar el traslado a atención especializada, explicando a la persona la necesidad de trasladarle para una valoración psiquiátrica y posterior tratamiento.

5.3. Suicidio consumado: intervención con los supervivientes

Según la clasificación del término violencia, el suicidio se enmarca dentro de la violencia autoinfligida, sin embargo, se olvida en numerosas ocasiones que este tipo de violencia contra uno mismo también produce un efecto de violencia contra el entorno, que sin ser la propia víctima se ve involucrado en las consecuencias del mismo. Dentro de este grupo nos encontraremos a los familiares que vienen sufriendo la enfermedad mental de un hijo, padre, madre, hermano, etc. que han probado desde hace años con todos los tratamientos y soluciones posibles y que, sin embargo, se encuentran con que un buen día sin saber cómo y sobre todo por qué su familiar decide buscar una solución a sus propios problemas. También se encuentran en este entorno aquellos que desde su casa, oficina o desde la calle han visto el suicidio de una persona y, cómo no, en este grupo se encuentran aquellos profesionales cuyo paciente ha decidido "dejar de luchar por estar mejor".

5.3.1. Repercusiones del acto autodestructivo en el entorno

En numerosos estudios se plantea que las repercusiones del acontecimiento traumático son menores en las víctimas indirectas sin relación estrecha con la víctima directa y que los profesionales implicados en el acontecimiento se encuentran en cierta forma protegidos precisamente por su identidad profesional, sin embargo, principalmente el área que estudia los efectos de las catástrofes o accidentes de múltiples víctimas en la población expone que las personas que entran en contacto con la víctima pueden experimentar trastornos emocionales y ser víctimas indirectas y secundarias del trauma (traumatización secundaria). Por tanto, basándonos en una de las muchas definiciones que existen de víctima: "toda persona afectada por un acontecimiento traumático, sea éste de la naturaleza u origen que sea" podemos decir que "es víctima aquella que sufre las consecuencias de una agresión aguda o crónica, intencionada o no, física o psicológica, por parte de otro ser humano" (Ceverino, 2007) y en el caso que nos ocupa, podemos afirmar que todas aquellas personas que se ven implicadas de alguna forma en el acto suicida son víctimas. Los supervivientes serán la familia y el entorno de aquel que ha cometido suicidio y aquellos que experimentan consecuencias derivadas del acto suicida.

Dentro de estas consecuencias, hay que destacar que ya el Código Romano establecía que al que se suicidaba afectando la vida pública se le imponían tres castigos o muertes (la muerte del cuerpo, la muerte del alma y el silencio de los familiares). En la actualidad, se ha estimado que por un suicidio consumado existen al menos seis personas afectadas en el entorno y que en comparación con la población general, éstos presentan un incremento de dos a diez veces de riesgo de suicidio.

Este entorno victimizado va a presentar unas reacciones específicas basadas principalmente en la sensación de "ser algo para quien no fui nada en el momento de su decisión de muerte". Son los sobrevivientes de la agresión autoinfligida de otra persona y sobrevivientes como vivir uno después de la muerte de otro, lo cual supone una reacción en la persona que queda, que a grandes rasgos es un proceso de duelo "desautorizado" o "estigmatizado", susceptible de convertirse en "complicado" por las connotaciones de vergüenza y culpa que tiene para los allegados, así como marcado por la dificultad para "ventilar" emociones relativas a una muerte violenta que no se ha podido, o no se ha sabido evitar, y anclada en muchas ocasiones a los prejuicios sobre la enfermedad mental.

La persona que se suicida deposita todos sus secretos en el corazón del sobreviviente, le sentencia a afrontar muchos sentimientos negativos y, es más, a obsesionarse con pensamientos relacionados con su papel, real o posible, a la hora de haber precipitado el acto suicida o de haber fracasado en evitarlo puede ser una carga muy pesada (Worden, 1997). La muerte parece que ha hecho trampa ya que se ha llevado a alguien a quien todavía no le había llegado la hora. Se trata de una muerte para la cual uno generalmente no se ha podido preparar y en la que el propio fallecido es el autor. El suicidio se vive como una transgresión de las leyes naturales.

Toda persona que ha sufrido un acontecimiento traumático relevante tendrá sus respuestas emocionales alteradas por lo que, en el tema que nos ocupa, el que otra

persona sea la causa de su propia muerte y que además sea una muerte súbita e inesperada puede producir en el sobreviviente características específicas de duelo, siendo un conjunto de emociones que no se encuentran en las muertes naturales o por accidente, y que sin embargo van a propiciar que puedan desarrollar una patología como pueda ser el trastorno de estrés agudo, estrés postraumático, duelo patológico, trastornos de ansiedad o episodios de depresión mayor, entre otros. Una de las reacciones clínicas negativas más frecuentes tras la vivencia de un suicidio cercano es la aparición de un proceso de duelo complicado o duelo patológico. No existe un perfil establecido de sobreviviente suicida, ni si quiera un método universal para el tratamiento de esta contingencia, ya que será diferente el duelo de hermano, padres, hijos, pareja, amigos o profesionales de un suicida.

El suicidio de un ser querido es una tragedia devastadora que deja despedazada la vida de los sobrevivientes y produce un duelo muy traumatizante ("ahora tendré que reinventar mi vida"). En primer lugar, dentro del proceso de duelo de un suicida podemos encontrar la negación hacia lo ocurrido, reacción que supone la no aceptación de lo ocurrido, la no aceptación de que mi ser querido al final haya podido dejar por propia decisión la vida y la no aceptación del modo tan violento en que lo ha hecho, junto con sentimientos de abandono y traición. Por otro lado, encontramos la rabia, hacia su ser querido, por hacerle pasar lo que está pasando; rabia hacia uno mismo, por la creencia de no haber sabido ayudar o ver lo mal que lo estaba pasando su familiar; rabia hacia aquellos profesionales que no han sabido evaluar, anticipar o evitar lo sucedido. Todo ello puede venir acompañado de reacciones tan diversas e individuales que al final se traducen en pena, impotencia y desconsuelo hacia lo que se está viviendo. En tercer lugar, podemos encontrar la culpa, aspecto cognitivo que en todos los casos de suicidio aparece al menos en un primer momento debido a la creencia de no haber sido capaz de ver o hacer, la imposibilidad de haber evitado la muerte del otro, por no haber sabido detectar señales que indicaran el sufrimiento del otro, por no atender en algunos casos las "llamadas de atención" del otro. El peligro de este sentimiento es que en algunos casos resulta tan insoportable que el familiar o allegado comete un acto suicida para deshacerse de su propia culpabilidad. La culpa también puede venir unida a sentimientos de fracaso de rol, muy común en las madres. La culpa es un sentimiento difícil de trabajar. El dolor puede combatirse con analgésicos, pero la culpa no (Harder, 1995). En cuarto lugar aparecen las preguntas sin respuesta, la necesidad de dar una explicación racional a lo ocurrido, búsqueda de una causa o un porqué aceptable. Otro aspecto que puede generarse tras un suicidio es una reacción de alivio, alivio ante la finalización del sufrimiento de otra persona, que quizás durante mucho tiempo ha estado verbalizando el sinsentido de su vida y su deseo de finalizar.

A todo lo anterior podemos añadir el efecto que produce en la familia la concepción social negativa que tenemos hacia el acto suicida. Es por tanto la propia sociedad, la que dificulta la aceptación de lo vivido al sobreviviente. Son casi siempre sucesos que permanecen ocultos, se convierten así, en el secreto familiar del que no se va a hablar y que por ello no se va a afrontar adecuadamente. Es preferible pensar en que ha sido una

muerte accidental, con lo que se crean patrones de conducta y comunicación distorsionados en las familias.

5.3.2. *Posvención de emergencias*

El término posvención hace referencia a todas aquellas intervenciones psicológicas que se realizan tras un acto autodestructivo. En el ámbito de las emergencias son las estrategias preventivas inmediatas que se ponen en marcha en la misma escena del acto suicida. Sus objetivos principales están orientados a facilitar el afrontamiento de una muerte repentina, tomando conciencia de la crisis y reduciendo la desorganización y confusión iniciales. Es decir, tras un suicidio consumado, la intervención en crisis tendrá los mismos objetivos que cualquier intervención en el proceso de inicio de duelo (ver [Capítulo 8](#)), sin embargo, es conveniente que desde un primer momento se trabajen los siguientes objetivos:

- Identificar las manifestaciones emocionales y darles un nombre ("etiquetado emocional y resignificación de los sentimientos").
- Favorecer cogniciones adaptativas, disminuyendo ideas irracionales y mitos en torno al suicidio.
- Evaluar el riesgo de imitación de la conducta suicida. Los indicadores de futura conducta autolesiva son la culpabilidad insoportable, el estigma asociado, riesgo de depresión, sentimientos de soledad y abandono, y la búsqueda infinita del porqué.
- Evaluar factores de riesgo y protectores del proceso de duelo.
- Ayudar a la familia a reconocer que el suicidio estuvo relacionado con la posible enfermedad del individuo.
- Favorecer la aceptación de lo ocurrido y el carácter voluntario de quien ha elegido morir.
- Aportar información sobre el proceso de duelo. Diversas investigaciones desvelan que el proceso de duelo por suicidio comparado con el proceso de duelo por muerte natural tiene los mismos niveles de adaptación, sin embargo, la diferencia está en la intensidad de las reacciones vividas.
- Evaluar los recursos inmediatos de apoyo que presentan los sobrevivientes y la necesidad de recursos de ayuda específicos.

Por otro lado, existe una población específica involucrada en la conducta suicida, los profesionales que intervienen con pacientes en crisis suicidas. Probablemente los profesionales de la medicina, por la labor que llevan a cabo, estén más preparados para elaborar la muerte de un paciente, sin embargo, los profesionales del área de salud mental, social, policías y bomberos, etc. sean profesiones poco preparadas para esto.

Existen datos que reflejan que para la mayoría de los psiquiatras y psicólogos el que un paciente se suicide es el episodio más traumático de su vida profesional.

Las manifestaciones inmediatas y el proceso de duelo de un profesional que vive la muerte de un paciente por suicidio dependerá de factores como el tipo de paciente, la relación establecida entre paciente y profesional, si el suicidio ha sido inmediato o no a la intervención, el tipo de suicidio (por ejemplo, los suicidios altruistas son vividos de forma muy negativa), si es el primer suicidio de un paciente vivido o presenciado, ya que el primer episodio de estas características rompe con la omnipotencia profesional o invulnerabilidad al fracaso. Sin embargo, existen reacciones muy parecidas a las que aparecen en los familiares de sujetos suicidas:

- reacción inmediata de shock: negación y búsqueda de confirmación.
- sentimientos de culpa, responsabilidad y búsqueda de por qué lo ha hecho.
- sentimientos de fracaso profesional y pérdida de confianza en sí mismo.

En estos casos es importante que los profesionales reciban una atención inmediata basada en propiciar la elaboración del shock inicial, trabajar la autoevaluación de la intervención realizada evitando que se convierta en una revisión obsesiva de lo que se pudo hacer y no se hizo, valorar la capacidad de intervención con la familia del fallecido teniendo en cuenta que en estos casos la culpa se deposita siempre en alguien y valorar los riesgos de actividad (por ejemplo, ingresos precoces u observar ideación autolítica en todos los pacientes).

5.4. Conclusiones

No existen datos reales del grave problema de salud pública que supone el suicidio en la sociedad actual.

Es necesario conocer todos los factores implicados en la conducta suicida para una adecuada valoración e intervención.

En la mayoría de los casos el suicidio podría prevenirse con una adecuada valoración del problema.

Existen pautas recomendadas, flexibles y no únicas para el abordaje de una persona en crisis suicida.

Es recomendable atender de forma inmediata a los sobrevivientes de un suicidio (familiares, allegados o profesionales).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

A través del 112 entra un aviso donde una persona indica que hay un hombre en el viaducto de la ciudad con intención de suicidarse. Existen dudas de si la llamada es cierta, sin embargo, las unidades se dirigen al punto. A la llegada de estas, se puede observar que existe un sujeto que ha traspasado la valla de seguridad y se encuentra con intención de precipitarse al vacío. En el lugar se encuentra un vehículo de bomberos y la policía.

ACTUACIÓN REALIZADA

Todas las unidades intervinientes se aproximan al lugar sin señales acústicas. A nuestra llegada, se recoge la información de la que se dispone a través de una entrevista con policía y bomberos (se conoce el nombre y se ha encontrado un informe de un ingreso en urgencias tirado en el suelo y que parece ser del sujeto). En este informe se recoge el diagnóstico psiquiátrico previo, pauta médica, existen antecedentes de conductas agresivas, consumo de cocaína y problemática existente relacionada con problemas legales e interpersonales. En ese momento se acuerda entre todos los intervinientes que el profesional que va a intervenir es el psicólogo, retirando del lugar todas las personas que le están hablando al paciente para llamar su atención y así disminuyendo parte de la estimulación ambiental existente.

Se establece contacto entre paciente y psicólogo pero debido a la distancia y la barrera de un cristal de seguridad la comunicación resulta muy difícil, y se considera que haya un acercamiento al paciente pero con medidas de autoprotección (distancia de seguridad y arnés). El acercamiento es progresivo, explicándole en todo momento qué es lo que se va a hacer puesto que amenaza constantemente con que si alguien se le acerca, se va a tirar.

a) *Valoración realizada*

- Estado inicial del paciente: presenta nerviosismo, agitación, hiperactividad, sequedad de boca, sudoración, hipervigilancia, discurso recurrente y verbalizaciones constantes de mantener la distancia.
- Aspecto físico: aparentemente adecuado, presenta corte y cicatriz profunda en muñeca izquierda y en la camiseta tiene un muñeco de papel pintado.
- Factores de riesgo: hombre, depresión, intentos previos, abuso de tóxicos, bajo soporte social, plan elaborado y sin pareja estable.
- Precipitantes de la situación: se realiza una valoración primaria de los hechos que le han llevado a estar en esa situación y los motivos de su desesperación. El paciente refiere que se ha separado de su mujer, tienen una orden de alejamiento de ella y de sus hijos y tienen un juicio por esta causa dentro de dos días.
- Ideación suicida: refiere que ha tenido dos intentos anteriores (ingesta de pastillas y corte en venas; expresa desesperanza; falta de motivos por los que vivir si ya no puede estar con su familia ("me lo han quitado todo"); sentimiento de control en su conducta autolítica ("aunque los bomberos pongan el colchón me tiraré por otro lado"); refiere que quiere acabar con todo porque no quiere sufrir.
- Anclas y factores protectores: ideas religiosas e hijos.
- Necesidades inmediatas: tabaco y hablar con su mujer.

b) *Pautas y técnicas de intervención*

- Presentación.
- Contacto inicial con tono de voz bajo y firme.

- Empatía ("quiero entender por qué has venido hasta aquí").
- Anticipar en todo momento movimientos y actuaciones realizadas.
- Reducción de activación psicofisiológica (por ejemplo, a través de la reducción de estimulación ambiental y a lo largo de la intervención se le ofrece medicación y la toma).
- Reforzar y hacer reflexionar sobre los aspectos positivos y "anclas" a la vida (por ejemplo, luchar por ver a sus hijos y disfrutar de ellos).
- Eliminar la visión de túnel hacia el suicidio (por ejemplo, hablando del dibujo que le ha hecho su hijo y que tiene en su camiseta, hablar del país del que procede, etc.).
- Indagar las alternativas que tiene a la opción de morir.
- Trabajar la ambivalencia ("¿Qué pasaría si te tiras y no disminuye el sufrimiento si no que aumentan los problemas?").
- Negociación: seguir la conversación en un lugar seguro y sin tanta gente. Accede a ir a la ambulancia, se realiza valoración física y se traslada a la unidad de psiquiatría de referencia .
- Seguimiento del caso: continúa con orden de alejamiento durante un mes y ha comenzado tratamiento en un centro de atención a drogodependientes.

CONCLUSIÓN

No se puede afirmar que todos los casos de suicidio en curso pueden resolverse del mismo modo ya que existen numerosas características específicas e irrepetibles en cada caso, sin embargo, el profesional sí que debe ser capaz de poner en marcha aquellas estrategias que logren un adecuado contacto con el paciente y permitan una evaluación exhaustiva. Sin estos dos factores la intervención es prácticamente imposible.

6

Maltrato y abuso sexual infantil

"En la medida en que el sufrimiento de los niños está permitido, no existe amor verdadero en este mundo"

I. Duncan

Se comenzará este capítulo con una fecha importante para la infancia, el 20 de noviembre, Día internacional de los derechos del niño, fecha que coincide con el aniversario de la Convención de los Derechos del Niño aprobada en 1989 por la Asamblea General de la ONU. España ratifica la Convención un año después.

Todos los Estados deberán tener como prioridad la protección a la infancia independientemente de circunstancias cambiantes como son las políticas y económicas. El hecho de ser menores de edad no les priva de sus derechos que deben ser satisfechos en "su presente", ofreciendo un buen trato al menor.

No se debe olvidar que un niño forma parte de un contexto global que es necesario valorar en casos de maltrato infantil, por tanto, el menor no es una persona independiente de su entorno sino que se trata de tener en cuenta al menor, su familia e interacción entre sus miembros, entorno social, características socioeconómicas, culturales, personales y experiencias previas de todos los miembros de la familia, para lograr una visión completa e integral de la situación que atraviesa el niño o adolescente.

Para abordar casos de maltrato infantil de forma efectiva se hace necesaria más que nunca una adecuada coordinación no solo entre los distintos profesionales sino también entre todos los organismos, instituciones y asociaciones que tengan responsabilidades en materia de menores.

Un adecuado procedimiento sobre maltrato infantil debe recoger una serie de fases como son: detección, notificación, evaluación previa que permita valorar la situación en la que se encuentra el menor para poder tomar las medidas oportunas que mejoren las circunstancias del menor, intervención, evaluación posterior a la intervención con el fin de comprobar la efectividad de las pautas adoptadas y seguimiento. Este capítulo se

centrará en las dos primeras fases, la detección y la notificación, ya que son las situaciones que pueden darse en el ámbito de la emergencia extrahospitalaria donde resulta fundamental una valoración e intervención multidisciplinar (asistencia sanitaria y psicológica) y observación global de la situación en la que se encuentra el menor.

6.1. Marco de protección y promoción de la infancia

La Convención de los Derechos del Niño, en su artículo 19, describe el maltrato infantil como: "Toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente malos tratos o explotación, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de sus padres, de un tutor o de cualquiera otra persona que le tenga a su cargo".

Según información extraída de la Agenda de infancia 2012-2015, Propuestas de Save the Children para la X Legislatura, la Convención cuenta con un Comité de Derechos del Niño formado por dieciocho expertos independientes, este órgano tendrá como funciones la evaluación, el seguimiento de forma continua de los diferentes Estados en materia de protección y la promoción de la infancia. Habrá una información recíproca entre Estados y Comité en la que los Estados deberán indicar las intervenciones realizadas y el Comité dará recomendaciones de mejora.

La Convención cuenta con cuatro principios: la no discriminación, la primacía del interés superior del menor, la garantía de su supervivencia, y el pleno desarrollo y la participación infantil.

Una de las recomendaciones que el Comité realizó al Estado español fue mejorar la coordinación en materia de menores entre las distintas comunidades, con el artículo 148.1 20 de la Constitución se da a las comunidades autónomas plenas competencias en materia de asistencia social. La Constitución Española establece, en su artículo 39, lo siguiente:

Los poderes públicos asegurarán la protección social, económica y jurídica de la familia. Los poderes públicos asegurarán, asimismo, la protección integral de los hijos, iguales éstos ante la ley con independencia de su filiación, y de las madres, cualquiera que sea su estado civil. La ley posibilitará la investigación de la paternidad. Los padres deben prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio, durante su minoría de edad y en los demás casos que legalmente proceda. Los niños gozarán de la protección prevista en los acuerdos internacionales que velan por sus derechos.

6.2. Marco conceptual del maltrato y abuso en la infancia y en la adolescencia

Se expondrán a continuación definiciones necesarias para poder contextualizar el

maltrato infantil y poder entenderlo en su conjunto, comprendiendo qué se entiende por deberes de protección y lo que ello implica, distintos tipos de maltrato y una serie de mitos que deben erradicarse para un afrontamiento adecuado de estas situaciones traumáticas.

6.2.1. Conceptos relacionados con el maltrato infantil

Con el objetivo de centrar el tema del maltrato infantil se deben aclarar una serie de conceptos. En primer lugar, siguiendo la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, Ley de Protección Jurídica del Menor, se establece la distinción entre situación de riesgo y situación de desamparo, a continuación se distinguen ambos conceptos:

- Situación de riesgo: existe perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar. Para estos casos la administración interviene en la familia para eliminar los factores de riesgo.
- Situación de desamparo: la gravedad de los hechos aconseja la extracción del menor de la familia, asumiendo la entidad pública la tutela o guarda del menor.

Por tanto, según el artículo 16 de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor, las entidades públicas están obligadas ante una situación de des-protección del menor a verificar la situación, evaluarlas y adoptar las medidas necesarias, diferenciando si se trata de una situación de riesgo o de desamparo (Tejedor, 2009).

Según la Ley 21/87, del 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción y otras formas de protección de menores, establece una clasificación de situaciones de desamparo por las cuales un menor puede ser objeto de intervención de servicios de protección infantil (De Paúl, 2001) (ver [cuadro 6.1](#)).

Cuadro 6.1. Situaciones sobre el ejercicio de los deberes de protección

<i>Ejercicio de los deberes de protección</i>	<i>Causas</i>
Imposible ejercicio de los deberes de protección	– Orfandad <ul style="list-style-type: none"> – Prisión de los padres – Enfermedad incapacitante de los padres
Incumplimiento de los deberes de protección	– No reconocimiento del menor <ul style="list-style-type: none"> – Abandono total del niño (desaparición y desentendimiento)

Inadecuado cumplimiento de los deberes de – Maltrato y abandono físico
protección

- Maltrato y abandono emocional
 - Abuso y explotación sexual
 - Mendicidad, explotación laboral
-

Siguiendo esta clasificación dentro del ámbito de la emergencia extrahospitalaria se suele trabajar en los casos de inadecuado incumplimiento de los deberes de protección en los que se asiste a menores que sufren maltrato físico, psicológico, sexual y situación de negligencia por parte de sus cuidadores, en muchas ocasiones por falta de supervisión.

Un ejemplo: la Central de Comunicaciones del 112 recibe una llamada para informar de que un menor de aproximadamente cuatro o cinco años se encuentra llorando en la terraza de un domicilio a las cuatro de la mañana del mes de febrero. A la llegada de los recursos asistenciales, se informa de que se trata de un menor de cuatro años, en pijama, llorando, asustado, temeroso, con leve hipotermia, adecuadamente nutrido e hidratado y que se encuentra solo en el domicilio. El menor refiere que se despertó y que salió a la terraza para llamar a su madre. Durante la intervención aparece la madre del menor con otras cuatro personas en un coche, regresan de fiesta. Se trata de un grave caso de negligencia por falta de supervisión ya que la madre abandona al menor con el peligro que supone un menor de corta edad solo en un domicilio.

En las diferentes definiciones sobre el maltrato infantil aparecen dos conceptos claves, la acción y la omisión. La acción respecto a lo que se hace para infligir un daño al menor y la omisión respecto a lo que se deja de hacer para no satisfacer las necesidades del menor. Los dos casos se pueden dar tanto en el maltrato físico como en el emocional y el psicológico.

Desde la emergencia extrahospitalaria es más difícil encontrarse con situaciones de desprotección por imposibilidad del ejercicio de los deberes de protección, aunque si puede ocurrir por ejemplo el caso de que ambos progenitores fallezcan por accidente de tráfico, en cuyo caso si se podrá colaborar con diferentes profesionales para trabajar con los menores en los primeros instantes y localizar a otros familiares que puedan hacerse cargo de o los menores.

En el caso del incumplimiento de los deberes de protección, no es frecuente, sin embargo, si ocurren casos en los que aparecen niños o bebés abandonados nada más nacer, teniendo que buscarles centros de acogimiento en un primer momento.

Teniendo en cuenta estos dos conceptos, el maltrato infantil se define como: Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad. Existen diferentes clasificaciones de maltrato infantil, sin embargo, en el presente capítulo se seguirá aquella que diferencia el momento en que se produce el maltrato y quien es el maltratador (Observatorio de Infancia, 2006) (ver [cuadro 6.2](#)).

Cuadro 6.2. Clasificación de maltrato infantil

<i>Clasificación</i>	<i>Tipos</i>
Según el momento en que se produce	<ul style="list-style-type: none">– Maltrato prenatal: embarazos sin seguimiento médico, hábitos y formas de vida que perjudican al niño (consumo de drogas, alcohol, alimentación inadecuada, no cuidados físicos, realizar conductas de riesgo o exceso de trabajo).– Maltrato postnatal: imposibilidad o incumplimiento de los deberes de protección e inadecuado incumplimiento de los deberes de protección (ver cuadro 6.1)
Autor/es del maltrato	<ul style="list-style-type: none">– Familiar: familiares de primer orden (padres, hermanos, abuelos).– Extrafamiliar: personas ajenas a la familia o familiares no de primer orden.– Institucional: situaciones que perjudican al menor por omisión, negligencia, no respetar los derechos, no cubrir necesidades básicas para un adecuado desarrollo social, físico o psicológico por falta de recursos e inadecuada coordinación o agilidad en realizar trámites.– Social: situaciones sociales que impiden el buen trato al menor.

6.2.2. Mitos sobre el maltrato infantil

Para abordar de forma positiva un caso de maltrato infantil se debe acabar con una serie de falsas creencias que no harán más que entorpecer la intervención por no ser coherentes con la realidad y las circunstancias que rodean al maltrato, algunos de estos mitos que se deben eliminar son los siguientes:

- El maltrato infantil es poco frecuente. Esto es falso. Es frecuente y de diferente tipo. El problema es que no siempre son conocidos, denunciados o detectados en su inicio.

- Siempre que se habla de maltrato infantil se hace referencia a situaciones muy graves. No es cierto, también otras formas más leves se consideran maltrato como puede ser la negligencia por falta de supervisión o maltrato físico leve, por tanto, dentro del maltrato existen diferentes grados de gravedad pero todos ellos deben ser objeto de una atención necesaria y deben notificarse.
- El maltrato a menores se da siempre en el entorno familiar. Falso, no se debe olvidar, por ejemplo, que en los casos de abuso sexual el agresor puede ser una persona conocida para el menor pero no de su entorno familiar próximo.
- Los maltratadores son personas con problemas psiquiátricos y desequilibrados mentalmente. Falso, según diferentes estudios, los agresores en su mayoría son personas adaptadas socialmente.
- No es posible que exista dentro de una misma familia violencia y relaciones afectivas positivas. Falso, el maltrato se puede dar por diferentes causas, como puede ser la falta de habilidades para el cuidado del menor, estrés, problemas de muy diversa índole, que en ningún caso justifican el maltrato pero con lo que el menor aprende a vivir sin que pierda el amor que pueda sentir por sus progenitores. El problema que puede darse es que el menor aprende a normalizar esta situación de maltrato identificándola como parte de su día a día.
- El abuso sexual a menores es cada vez más frecuente. Por desgracia siempre ha existido este tipo de maltrato, la diferencia puede estar en que actualmente es más conocido por ser más denunciado.
- El abuso sexual es fácilmente identificable. Falso, es precisamente esta dificultad para reconocerlo lo que provoca gran malestar en los adultos cercanos al menor, por no haberse dado cuenta. Forma parte de este tipo de maltrato el temor del menor si cuenta el abuso, miedo a represalias, a no ser creído y sufrir él o sus seres queridos algún mal, etc.
- La violencia física acompaña al abuso sexual. No es cierto, el agresor ejerce una manipulación sobre el menor siendo frecuente el engaño, amenazas y la coacción.
- El abuso sexual lo ejercen los hombres. Aunque esto es más frecuente, el agresor puede ser también una mujer.
- Un menor abusado sexualmente presentará trastornos psicológicos. Falso, esto no se ha demostrado, el afrontamiento dependerá de muchos factores como puede ser la gravedad del maltrato, duración, relación con el agresor, tiempo transcurrido desde el abuso y el tratamiento, así como el apoyo social.
- Sólo abusan adultos. Existen casos de abusos sexuales ejercidos por otros menores.
- El maltrato es propio de clases sociales bajas a nivel cultural y económico. El maltrato infantil no entiende de clases sociales, culturas ni nivel económico.
- Un comportamiento hipersexuado es indicativo de abuso sexual. No es cierto, deberá hacerse una valoración, ya que esto puede deberse a que el menor ha

- observado escenas sexuales o como forma de autoestimulación.
- Es necesaria la intencionalidad para que pueda considerarse maltrato. Como se ha comentado anteriormente, el maltrato puede producirse por la falta de habilidades de los progenitores o cuidadores, ignorancia o ideas erróneas sobre el cuidado.
 - Los menores suelen mentir cuando hablan de sufrir abuso sexual. Falso, todo maltrato debe ser objeto de atención y si no fuera cierto habrá que preguntarse qué lleva a un menor a hacer este tipo de acusaciones, qué circunstancias y necesidades rodean al menor. El abuso sexual tiende a ocultarse más que a manifestarse o acusar en falso.
 - Las víctimas provocan el abuso seduciendo al adulto, principalmente si son adolescentes. Falso, la víctima nunca será responsable ni culpable de sufrir un abuso sexual sino el adulto que puede interpretar erróneamente ciertos comportamientos. En el adulto abusador existe una intencionalidad buscando su propio placer y gratificación, es una relación marcadamente desigual de poder utilizada por el agresor intimidando al menor.

6.3. Tipos de maltrato infantil

A continuación se describen los distintos tipos de maltrato infantil y sus indicadores, no obstante, cabe recordar que es frecuente que se den simultáneamente varios tipos de maltratos. La valoración de estos indicadores de riesgo es fundamental para la detección y notificación posterior.

A) Maltrato físico

Se entiende por maltrato físico infantil aquel acto, no accidental, que provoque en el menor un daño físico o enfermedad o le sitúe en una situación de grave riesgo de sufrirlo.

Algunos de los indicadores de maltrato físico que pueden apreciarse en el contexto extrahospitalario son (ver [cuadro 6.3](#)):

Cuadro 6.3. Indicadores de riesgo de maltrato físico

<i>Indicadores de riesgo</i>	<i>Signos y síntomas</i>
Lesiones cutáneas-mucosas.	<ul style="list-style-type: none"> – Hematoma, heridas, contusiones, equimosis. – Hematomas de diferente evolución, con diferente color según el tiempo

	<p>transcurrido desde la agresión.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Heridas que identifican objetos (palo, cable, cinturón) huellas de manos, marcas de dientes. – Heridas de diferente grado de evolución y cicatrización. – Lesiones en zonas no prominentes.
Mordeduras	<ul style="list-style-type: none"> – Mordiscos de más de 3 cm de separación entre la huella de caninos en caso de los adultos. – Forma de ovoide o elíptica.
Quemaduras o escaldaduras	<ul style="list-style-type: none"> – Quemaduras producidas por objetos presentando bordes precisos y nítidos (por ejemplo, cigarrillos, radiador, cuchara, plancha). – Distribución simétrica en forma de "calcetín" o "guante", por inmersión de manos o pies en agua caliente. – "Imagen en espejo" (de pies y manos). – Presentan distintos grados de evolución.
Lesiones osteo-articulares.	<ul style="list-style-type: none"> – Fracturas de diferentes partes del cuerpo: costillas, extremidades, cráneo. Diferentes grados de evolución. – Cojeras, acortamientos, deformidades, desviación como consecuencia. – Traumatismo craneoencefálico: frecuente el hematoma subdural, con o sin fractura de cráneo.
Alopecia traumática	<ul style="list-style-type: none"> – Falta de pelo en zonas sanas sin causa lógica o distribución determinada. – Diferente longitud de pelo. – Frecuentemente en zona occipital-parietal.
Lesiones oculares	<ul style="list-style-type: none"> – Debidas al impacto directo sobre el ojo. – Consecuencias: atrofia óptica, ceguera.
Lesiones auditivas	<ul style="list-style-type: none"> – Producidas por el impacto sobre el oído. – Consecuencias: hipoacusia conductiva o neurosensorial, sordera.
Lesiones dentales	<ul style="list-style-type: none"> – Fracturas, desplazamientos. – Color diferente al normal debido a

	traumatismos.
Intoxicaciones	<ul style="list-style-type: none"> – Por diferentes sustancias. – Consumo del menor de forma accidental por negligencia de los adultos. – Administración intencional de sustancias.
Lesiones abdominales	<ul style="list-style-type: none"> – Dolor localizado. – Vómitos, hinchazón.

A continuación se describen una serie de síndromes ligados al maltrato infantil físico:

- a) *Síndrome de Munchausen por poderes*: se somete al menor a múltiples exámenes médicos, ingresos, tratamientos provocados o inventados por sus cuidadores, más frecuentemente ejercido por la madre con conocimientos sanitarios. Se muestran como madres sobreprotectoras angustiadas por resolver el mal que padece su hijo. El menor mejora cuando se aleja de su madre. La madre puede adoptar actitudes contrapuestas o se muestra menos preocupada que el personal sanitario que atiende al menor o indignada porque los profesionales no encuentran un diagnóstico correcto sobre el mal que sufre su hijo.
- b) *Síndrome del niño zarandeado*: el cerebro se golpea contra las paredes del cráneo, lo que provoca hemorragias, hematoma subdural sin fractura concomitante, hemorragias retinianas que pueden causar lesiones cerebrales, ceguera total o parcial o retraso mental.
- c) *Síndrome de estrangulamiento*: compresión directa de la carótida contra la columna.

B) Maltrato emocional

Se entiende por maltrato emocional toda acción u omisión que puede producir en el menor consecuencias psicológicas negativas, por no satisfacer necesidades emocionales y afectivas según su estado de desarrollo. No se da al menor cariño, protección, estimulación para favorecer su desarrollo, no se facilitan las relaciones sociales con otros adultos y con iguales, no se refuerza ni elogia al niño para fortalecer su autoestima y no se aportan las herramientas necesarias para el crecimiento intelectual. Se ignora y se rechaza al menor infravalorándolo y humillándolo. Se amenaza, aterroriza y se aísla al menor, todo ello tendrá importantes consecuencias para un desarrollo social, afectivo y personal adecuado.

A continuación se describen indicadores de riesgo de maltrato emocional (ver [cuadro 6.4](#)):

Cuadro 6.4. Indicadores de riesgo de maltrato emocional

<i>Indicadores de riesgo</i>	<i>Conductas</i>
Retraso en el crecimiento.	– Crecimiento insuficiente o retraso en el crecimiento en menores de 3 años.
Retraso en el desarrollo de habilidades.	– Retraso en el lenguaje. – Dificultades de aprendizaje. – Escasas habilidades sociales. – Retraso en el desarrollo psicomotor. – Dificultades de atención y concentración. – Conductas extremas. – Comportamiento impulsivo y agresivo.
Conductual	– Enfermedades de tipo psicossomático. – Hiperactivo. – Autolesión. – Hipervigilante.
Emocional	– Miedo, cauteloso. – Tímido. – Introverso. – Inmadurez social y emocional. – Falta de control emocional. – Baja autoestima.
Físicos	– Enfermedades psicossomáticas. – Problemas de control de esfínteres sin causa justificada. – Bebés con alopecia por mantener al menor mucho tiempo en la misma postura.

C) Abuso sexual

Se entiende por abuso sexual aquel maltrato infantil que introduce al menor en actos sexuales con el fin de satisfacer sexualmente al adulto. Puede existir contacto físico (violación, tocamientos y estimulación sexual) o sin contacto físico (seducción verbal,

obligar a observar actos sexuales, masturbación, tocamientos o mostrar órganos sexuales en presencia de menores, pornografía etc.).

Existe diversidad de opiniones respecto a los aspectos que deben incluirse en las definiciones de abuso sexual a menores, sin embargo, hay acuerdo en considerar dos criterios como necesarios, la relación de desigualdad, respecto a la edad, madurez o poder, entre agresor y víctima y la utilización del menor como objeto sexual (Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000).

Dentro de este contexto se debe diferenciar el abuso sexual de la explotación sexual, puesto que en esta última la actividad sexual que el menor se ve forzado a realizar tiene un móvil económico.

Indicadores de riesgo de abuso sexual infantil que pueden detectarse en una situación de emergencia (ver [cuadro 6.5](#)).

Cuadro 6.5. Indicadores de riesgo de abuso sexual

<i>Indicadores de riesgo</i>
<ul style="list-style-type: none">– Dificultad, dolor o molestias para andar y sentarse.– Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada.– Dolor, picor, escozor en zona genital.– Contusiones o sangrado en genitales externos, zona vaginal o ano.– Desgarro del himen o del ano por penetración intencional.– Enfermedad de transmisión sexual.– Cervix o vulva hinchados o rojos.– Semen en boca, genitales o ropa.– Presencia de cuerpos extraños en uretra, vejiga, vagina o recto.– Infecciones urinarias.– Embarazo en la adolescencia.– Dolor abdominal.– Defecación con dolor.– Hematomas, escoriaciones o abrasiones en pubis, cara interna de muslos y de rodillas.– Hematomas producidos por succión en mamas y cuello.

D) Explotación laboral infantil

Hace referencia al tipo de actividades que los menores se ven obligados a desarrollar y que afectan de forma negativa a su integridad física y psíquica. Supone realizar trabajos que exceden las tareas que pueden considerarse por la mayoría como normales. Priva al menor de ejercer sus derechos a una educación, una actividad social, juego, descanso y todo lo que afecte a su desarrollo personal. En el fondo de todo ello hay un interés económico, un menor resulta más rentable.

E) Mendicidad infantil

Consiste en obligar y manipular a los menores para pedir limosna u otros bienes materiales obtenidos por la caridad humana. Son utilizados por los adultos como reclamo por despertar más pena, hecho que también ocurre cuando un adulto mendiga con un bebé buscando provocar más lástima en los otros. Se vulneran nuevamente los derechos de la infancia, situación muy relacionada con la explotación infantil en contextos de pobreza y marginalidad. El Código Penal establece en su artículo 232 que serán castigados aquellos que utilicen a menores para la mendicidad, añadiendo pena si para este fin se usa la violencia o intimidación, se trafique o suministre sustancias perjudiciales para su salud.

Relacionados con el contexto de maltrato infantil están los llamados "niños de la calle", este concepto hace referencia a aquellos menores que pasan demasiado tiempo solos, en la calle, sin la supervisión de un adulto, bien por no tener familia o bien por cuestiones laborales de sus responsables. Los adultos de referencia no cumplen sus obligaciones de atender, cuidar y satisfacer necesidades del menor con todo lo que ello implica. Disponen de llave de sus casas para salir y entrar cuando quieran sin límites ni normas. Suelen vivir en ambientes delictivos y marginales.

F) Negligencia

Se actúa de forma inapropiada ya sea por acción u omisión, se asocia directamente con las necesidades básicas del menor y su entorno inmediato. Resulta fundamental valorar la situación familiar. Se pueden diferenciar diferentes tipos de negligencia (ver [cuadro 6.6](#)).

Cuadro 6.6. Tipos de negligencia

<i>Concepto</i>	<i>Descripción</i>
Negligencia asociada a la alimentación	<ul style="list-style-type: none">– Se priva o se ofrece escaso alimento para las necesidades del menor.– Alimentos en mal estado.– No se cuida sobrepeso del niño. - Dieta inadecuada para su desarrollo y edad.
Negligencia asociada a la higiene del menor	<ul style="list-style-type: none">– Escasa higiene corporal: sucio, mal olor, piel sucia, uñas amarillentas.– Pelo mal cuidado: sucio, pobre, con piojos o liendres.

	<ul style="list-style-type: none"> – Eritema genital en lactantes. – Ropa sucia, mal cuidada, rota (no adecuada para el tamaño del niño o para la climatología).
Negligencia asociada a la salud del menor	<ul style="list-style-type: none"> – No se sigue calendario de vacunación. – No se da importancia al mal estado de salud del menor. – No seguir prescripciones del médico. – No se realizan revisiones oftalmológicas ni dentales. – No se tratan heridas más o menos importantes. – No calmar el llanto del menor cuando se siente mal.
Negligencia asociada a las condiciones del hogar.	<ul style="list-style-type: none"> – Hogar caótico, sucio y desordenado. – Objetos o disposición que pueden ser peligrosos para el menor (por ejemplo, no colocar barreras en escaleras, dejar drogas al alcance del menor, no guardar objetos cortantes o productos de limpieza por una actitud poco responsable no como algo accidental).
Negligencia por falta de supervisión o cuidado	<ul style="list-style-type: none"> – Exposición continuada del menor a situaciones peligrosas que pueden dañarle (por ejemplo, dejarle solo en casa, permitir que suban a lugar altos, no controlar juegos peligrosos, dejarles solos en casa sin vigilancia etc.).

6.4. Contexto del maltrato infantil

En el seno de una familia donde existe el maltrato infantil se dan una serie de características que es necesario conocer, la violencia y la intimidación contra el niño o adolescente se da en un ámbito determinado y con unas circunstancias que favorecen la situación que atenta contra el bienestar del menor. Conocer el contexto donde se cría el maltrato en cuanto a características de la familia y del agresor permitirá comprender mejor las actitudes y consecuencias del maltrato en el niño.

6.4.1. Características de la familia y del agresor

No existe un perfil claro de maltratador o abusador infantil, pero sí unas actitudes, características o comportamientos comunes entre ellos, que permiten entre otras cosas identificar y notificar un posible caso de maltrato infantil. Así mismo, las familias en cuyo seno vive la violencia presentan unos rasgos característicos que se van a citar a continuación.

A) Características de la familia

- Relaciones conflictivas entre los progenitores, de estrés y con problemas de comunicación.
- Violencia de género.
- Problemas económicos.
- Relaciones paternofiliares complicadas, sin respeto ni complicidad, sin valoraciones positivas.
- Formas de educación basadas en la disciplina coercitiva y rígida, no objetiva, no adaptada a la edad del menor.
- Hijos prematuros, con problemas de salud o minusvalía.
- Padres no contentos con el nacimiento de su hijo, no calman sus llantos.
- No atienden adecuadamente al menor en su alimentación, vestimenta, descanso, etc.
- No cumplen calendario de vacunación.
- No acuden a las revisiones propias de la edad del niño.
- Tardan en buscar ayuda asistencial para el menor.
- Cambian frecuentemente de pediatras u hospitales cuando se acude a urgencias.
- El menor en el hospital recibe pocas visitas, todo lo contrario de lo que se espera de unos padres.
- Pueden existir malos tratos en otro miembro de la familia.
- El menor vive en un ambiente caótico, desequilibrante emocionalmente.
- El hogar no cumple unas condiciones higiénicas, de organización y seguridad que sean saludables para el menor
- Aíslan al menor privándole de satisfacer necesidades básicas, sociales, lúdicas y afectivas.
- Aterrorizan al menor para que no hable del maltrato que sufre.
- Sobreprotegen al menor impidiéndole que adquiriera independencia y autonomía e iniciativa.
- Existe falta de supervisión y límites en actividades peligrosas para el menor.

- Existen periodos de abandono del menor por parte de los progenitores durante largas temporadas permaneciendo con otras personas.
- No acuden a reuniones escolares ni muestran interés por la actividad académica de su hijo.

B) Características del agresor

- Sufrió malos tratos en la infancia.
- No muestra interés por el menor.
- No ofrece explicaciones razonables sobre las lesiones que presenta el niño, son confusas y contradictorias.
- Tiende a ocultar la lesión del menor o protege al agresor.
- Describe y percibe al menor de forma poco favorable (por ejemplo, malo y desobediente).
- Aparentemente poco preocupado por su hijo.
- Sobreprotege al menor.
- Culpa y desprecia al menor.
- Poco cariñoso, distante y frío.
- Exige al niño por encima de sus posibilidades para su edad.
- Presenta alguna enfermedad crónica o trastornos mentales.
- Consumo de sustancias tóxicas.
- Explica las lesiones del menor como autoinfligidas por ser torpe aunque no resultan convincentes por la edad del menor, por el tipo de lesión producida o por las habilidades y desarrollo del niño.
- Culpabiliza a otros hijos o niños de las lesiones del menor.
- Desprecio y humillación en público.
- Castiga y critica frecuentemente al menor de forma desproporcionada.
- Aterroriza o amenaza al menor haciéndole creer que sufrirá algún mal o será abandonado como estrategia para que obedezca.
- Dispone de poco tiempo para dedicar al menor, poco disponible, muy ocupado laboralmente.
- Deja durante largos periodos de tiempo al niño solo en la cuna.
- Realiza actividades delictivas haciendo que el menor normalice este tipo de actividades.

C) Características del agresor sexual

- Con elevada frecuencia es una persona conocida del menor.
- Puede existir historia de abuso en su infancia.
- Adaptado socialmente.
- Escasa vida social y solitario.

- Manipula o engaña al menor.
- Aterroriza al menor con sufrir algún daño él o su familia si cuenta el abuso.
- Utiliza la coacción y regalos para lograr el silencio del niño.
- Consumo de sustancias tóxicas.
- Anima al menor a realizar actos sexuales, prostitución o pornografía.
- Presenta problemas afectivos.

6.4.2. *Actitud, comportamiento y consecuencias en un menor maltratado*

Todo maltrato se reflejará en una serie de actitudes y comportamientos en el menor sin que ello quiera decir que sea fácil de detectar por un adulto, siendo lo más evidente las lesiones físicas que probablemente el menor se encargará de disimular u ocultar, lo que puede hacer que los cambios de comportamiento y actitudes sean difíciles de asociar con el maltrato.

Aunque será toda la sociedad responsable de denunciar un posible caso de maltrato infantil, hay colectivos específicos profesionales que tienen como labor principal detectar y notificar un caso de maltrato infantil debido a su posición privilegiada y formación, este es el caso concreto de los profesionales de centros de enseñanza, fuerzas y cuerpos de seguridad, servicios de emergencias, atención primaria y centros hospitalarios, servicios sociales y todos aquellos centros o asociaciones cercanas a la infancia los cuales deben conocer los procedimientos de actuación para responder a una situación de desprotección infantil.

Cualquier tipo de maltrato infantil va a repercutir, como es lógico, de forma negativa en el menor, favoreciendo la aparición de una serie de actitudes, comportamientos que no son sino el reflejo de la situación traumática e injusta que padece. El menor no dispone de la madurez cognitiva, de los recursos y habilidades de afrontamiento suficientes para poder enfrentarse a su maltrato, es una persona en desarrollo. El menor crece creyendo que el maltrato forma parte de su vida y lo percibe como algo normal de su día a día, no solo valora como normal su situación sino también sus síntomas y consecuencias. Por todo ello, nunca se debe olvidar que los niños son una población especialmente vulnerable que puede sufrir en silencio, siendo imprescindible que sean otros adultos los que ayuden al menor y denuncien su situación.

A continuación se enumeran actitudes y comportamientos que pueden aparecer en un menor víctima de malos tratos, algunas de ellas podrán observarse en una situación de detección y notificación en el área de emergencias y otras en cambio serán descubiertas más a largo plazo (ver [cuadro 6.7](#)).

Los menores que son víctimas de abuso sexual, además de poder presentar las actitudes y conductas anteriormente expuestas, presentan unas reacciones propias de este tipo de maltrato, entre ellas podemos encontrar que:

- Relata agresión sexual por parte de un adulto.
- Relata haber observado imágenes sexuales, genitales, actos sexuales en adultos.
- Presenta conductas sexuales inusuales para su edad.
- Tiene conocimientos infrecuentes en la infancia sobre sexo.
- Muestra una conducta seductora ante los adultos.
- Se masturba en público.
- Presenta dolor abdominal.
- Presenta baja autoestima y desvalorización de su cuerpo e imagen.
- Muestra miedo excesivo a personas y lugares concretos.
- Rechaza cambiarse de ropa para ser valorado.
- Se niega a ser valorado por facultativos.
- Presenta enuresis y encopresis.
- Realiza juegos y dibujos con contenido sexual.

Cuadro 6.7. Reacciones emocionales, conductuales y actitudes del menor

<i>Emociones/actitudes</i>	<i>Conductas</i>
– Miedo a volver a casa después del colegio.	– Relata que le pegan frecuentemente en casa.
– Se sienten mejor en clase que en casa.	– Lloran al irse a casa.
– Temor ante los adultos.	– Paradójicamente adaptación rápida a adultos desconocidos.
– Ansioso.	– Hiperactivo.
– Miedo a sus padres.	– Hipervigilante.
– Apático.	– Problemas sociales con iguales y adultos.
– Introvertido.	– Conductas autogratificantes.
– Tímido	– Absentismo y fracaso escolar.
– Intolerancia a situaciones difíciles.	– Rápida adaptación a centros sanitarios y de acogimiento.
– Escaso control emocional.	– Conductas desafiantes, impulsivas y agresivas.
– Baja autoestima.	– Dificultad de sueño, pesadillas.
– Culpabilidad ante el maltrato.	– Conductas delictivas, hurtos, vandalismo,
– Tendencia a la fantasía.	fugas.
– Tristeza	– Intentos autolíticos.
– Ira y enfado.	– Consumo de sustancias.
– Indefensión.	

6.5. Intervención psicosocial desde la emergencia extrahospitalaria en maltrato infantil

La unidad de intervención psicosocial de emergencias extrahospitalaria es activada para acudir a un colegio. A la llegada al centro se realiza una entrevista con una profesora, la cual relata que durante la mañana ha visto al menor de seis años tocarse frecuentemente la tripa poniendo cara de dolor. Al finalizar la clase le lleva a la sala de reuniones donde después de insistir logra subirle el jersey y aprecia una quemadura con forma redondeada. Después de mucho esfuerzo, ya que el menor es reticente a decir con qué se ha hecho la herida, éste refiere que su madre le quemó con una cuchara por portarse mal y no comerse la sopa.

En primer lugar y como base de una intervención efectiva en estos casos, es fundamental una buena coordinación entre todos los distintos profesionales involucrados en la intervención, tener unificados criterios de actuación y acuerdo respecto a lo que se entiende por maltrato infantil, ya que sólo así se podrá asegurar una adecuada intervención destinada a favorecer el bienestar del niño o adolescente. Para una correcta intervención se hace necesaria la existencia de un procedimiento que recoja de forma detallada el modo de proceder de los profesionales en casos de maltrato. Dicho procedimiento debe contener la forma de activación, aspectos que deben valorarse, pautas de intervención con el menor o menores, forma de tramitar la detección y notificación del maltrato, y coordinación con otras Instituciones (ver [cuadro 6.8](#)).

Cuadro 6.8. Fases de un procedimiento de maltrato infantil

<i>Fases</i>	<i>Descripción</i>
1. Activación	<ul style="list-style-type: none">– Activación del procedimiento de maltrato infantil.– Acuden al lugar recursos necesarios: sanitarios, psicólogo, policía, etc.– Confirmación de la información previa disponible.
2. Valoración	<ul style="list-style-type: none">– Valoración de indicadores de riesgo.– Valoración sanitaria del menor.– Valoración de los diferentes ámbitos del menor.– Valoración de actitud y comportamiento de adultos si se encuentran en el punto.– Valoración de toda la información recogida.– Recoger textualmente verbalizaciones

del menor.

- | | |
|-----------------------------|--|
| 3. Pautas de intervención | <ul style="list-style-type: none">– Asistencia sanitaria realizada.– Pautas de intervención psicológica utilizadas.– Medidas a adoptar de forma coordinada entre los distintos profesionales, según la valoración de la información. |
| 4. Detección y notificación | <ul style="list-style-type: none">– Detección de una situación de maltrato o riesgo para el menor.– Realiza el procedimiento de notificación (ver cuadro 6.9). |
-

6.5.1. Detección y notificación de maltrato infantil

Dentro de un servicio de emergencia, los distintos profesionales actuarán en los primeros pasos dentro de todo el proceso, siendo los encargados de detectar y notificar, para lo cual resulta imprescindible que posean conocimientos sobre los distintos tipos de maltrato, indicadores de riesgo, comportamiento y actitud tanto del menor como de los cuidadores, así como de todos los contextos de los que debe recoger información, para poder realizar un adecuado informe.

Dicha detección no siempre resulta fácil ya que en muchas ocasiones se da en un ámbito intrafamiliar, por lo que puede pasar desapercibido, no despertando la alarma de adultos y profesionales que puedan estar cerca del niño.

Por detección se hace referencia a la identificación de una situación de maltrato o desprotección infantil, que surge a raíz de la valoración de los indicadores anteriormente expuestos. Supone la primera condición para poner en marcha un protocolo de ayuda al niño, con el objetivo principal de ayudar y salvaguardar su bienestar, poniendo en marcha las posibilidades de asistencia necesaria para ayudar a todas las partes implicadas, el último recurso será separar al menor de su familia. Esta detección es una obligación legal y profesional.

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, establece en su artículo 13 lo siguiente:

1. Toda persona o autoridad y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.
2. Cualquier persona o autoridad que tenga conocimiento de que un menor no está escolarizado o no asiste al centro escolar de forma habitual y sin justificación, durante el período obligatorio, deberá ponerlo en conocimiento de las autoridades públicas competentes, que adoptarán

las medidas necesarias para su escolarización.

Desde la emergencia extrahospitalaria, en la detección no deben realizarse exploraciones innecesarias al menor teniendo en cuenta que posteriormente deberán hacerlo en el hospital. Esta situación será traumática para el niño que se ve, de pronto, rodeado de personas con uniforme, desconocidas, que le apartan de su entorno, lo que le producirá miedo y desconcierto, será trabajo fundamental ganarse su confianza para favorecer la relación de ayuda. Las figuras paternas o adultos de referencia podrán ser maltratadores pero son la realidad que el niño conoce y generalmente sienten afecto por ellos y dependencia porque mal o bien satisfacen sus necesidades básicas y son su punto de referencia.

La notificación hace referencia a la transmisión de la información sobre el supuesto caso de maltrato infantil, es decir, exponer los datos disponibles que hacen posible la posterior investigación sobre la situación del menor. Sin conocimiento del maltrato nada se puede hacer. Al profesional no se le pide una certeza absoluta sobre el maltrato, sino que aporte unos indicios razonables sobre indicadores de riesgos, no sólo de los casos más severos sino también de los leves para evitar que puedan agravarse.

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, establece en su artículo 12 sobre actuaciones de protección lo siguiente:

1. La protección del menor por los poderes públicos se realizará mediante la prevención y reparación de situaciones de riesgo, con el establecimiento de los servicios adecuados para tal fin, el ejercicio de la guarda, y, en los casos de desamparo, la asunción de la tutela por Ministerio de la Ley.
2. Los poderes públicos velarán para que los padres, tutores o guardadores desarrollen adecuadamente sus responsabilidades, y facilitarán servicios accesibles en todas las áreas que afectan al desarrollo del menor.

La notificación debe recoger los siguientes puntos (ver [cuadro 6.9](#)):

Cuadro 6.9. Notificación de un caso de maltrato infantil

<i>Información</i>	<i>Descripción</i>
a) Datos de la asistencia	– Fecha y hora del aviso – Lugar de la intervención
b) Datos del menor	– Nombre y apellidos – Edad – Domicilio y teléfono – Nacionalidad
c) Datos de padres/ responsables del	– Nombres y apellidos – Edad/es

menor	<ul style="list-style-type: none"> – Domicilio y teléfono – Relación con el menor (padres, abuelos, tutores legales, otros con los que convive el menor etc.) – Nacionalidad
d) Motivo de la asistencia	<ul style="list-style-type: none"> – Quién o qué institución demanda la asistencia – Qué hechos concretos originaron la asistencia – Situación en la que se encuentra el menor a la llegada de los profesionales – Información proporcionada por otros profesionales o personas que conocen la historia del menor
e) Datos de la asistencia	<ul style="list-style-type: none"> – Del menor: <ul style="list-style-type: none"> • Indicadores de riesgo de maltrato: físico, psicológico, abuso sexual. • Indicadores de negligencia, según tipos. • Actitud y comportamiento del menor durante la intervención. • Coherencia del relato del menor según su nivel de desarrollo. • Actividades que realiza en menor dentro y fuera de su hogar. • Horarios y vida cotidiana del menor. – Del adulto/os: <ul style="list-style-type: none"> • Actitud y comportamiento durante la intervención. • Interpretación, coherencia y explicación de los hechos. • Explicación y percepción del adulto sobre el menor. • Efecto de consumo de sustancias durante la intervención.
f) Historia de maltrato	<ul style="list-style-type: none"> – Desde cuándo se conoce la historia de maltrato. – Frecuencia y gravedad de la situación de maltrato. – Caso en seguimiento por servicios

	sociales.
g) Ámbitos del menor (información a recoger)	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> – Escolar <ul style="list-style-type: none"> • Rendimiento académico. • Actitud y comportamiento del menor en el centro. • Relación del menor con compañeros y educadores. • Está cansado o se duerme en clase. • Actitud de los padres con respecto a la educación de su hijo. • Asistencia de padres a reuniones del colegio. • El menor acude enfermo a clase. • Absentismo escolar. • Llega tarde a clase, acude solo. • Hay cambios bruscos de rendimiento. • Evita hablar de su familia. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> – Familiar <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de familia (monoparental, padres separados, convive con ambos padres o con otros etc.). • Dificultades de integración. • Residencia habitual. • Enfermedad de algunos de los miembros de la familia. • Componentes de la familia. • Nivel económico. • Consumo de drogas o alcohol. • Hogar. • Higiene, orden, etc. • Espacio suficiente para convivir. • Objetos o situaciones potencialmente peligrosas. – Social <ul style="list-style-type: none"> • Relación del menor con iguales y con adultos. – Tiempo de ocio y juego. <hr/>
h) Intervención	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> – Reflejar pautas de intervención <hr/>

realizadas.

- Medidas adoptadas (por ejemplo, traslado al hospital, queda en el punto con adulto de referencia positivo, ingresos en centro de acogida, etc.)
 - Identificación de profesionales que intervienen
-

En caso de no encontrarse los padres o tutores legales del menor en el lugar de intervención deben ser informados de lo acontecido y de las medidas adoptadas por los profesionales.

6.6. Conclusiones

La sociedad debe tener como prioridad fundamental la protección a la infancia y desarrollar medidas que fomenten el buen trato al menor.

El hecho de ser menor no le priva de sus derechos, que deben ser satisfechos en "su presente".

Al ser una población vulnerable, por sus características y nivel de desarrollo, deben ser los adultos quienes garanticen, su bienestar y denuncien situaciones de maltrato infantil.

Se debe abordar el maltrato infantil desde una perspectiva global (el menor, su familia e interacciones entre sus miembros y entorno del menor).

Para que sea posible la detección de una situación de maltrato es importante que los distintos profesiones tengan conocimientos sobre qué se entiende por maltrato infantil, con el fin de unificar criterios, indicadores de riesgo de maltrato infantil (físico, emocional, sexual y negligencia), características de la familia y del agresor, así como de las posibles consecuencias para el menor.

Se obtiene una información muy útil observando la actitud del menor y del agresor ante la intervención.

No resulta fácil identificar situaciones de maltrato debido al ámbito privado donde se produce, la familia, y al temor del menor de las consecuencias si revela la situación.

Es imprescindible una buena coordinación entre los distintos profesionales y protocolos que guíen la intervención.

Un procedimiento de maltrato infantil debe constar de varias fases: fase de detección y notificación; fase de evaluación para confirmar la situación del menor; fase de intervención donde se pondrán en marcha los recursos humanos y materiales necesarios; fase de valoración posterior para evaluar las medidas adoptadas y fase de seguimiento del caso.

Un servicio de emergencias extrahospitalario siguiendo los protocolos establecidos

tendrá como función la detección y la notificación para que posteriormente el caso se derive a los servicios competentes en materia de protección a la infancia y la adolescencia.

A los profesionales no se les pide una certeza absoluta de maltrato sino unos indicadores de riesgo razonables para que el caso sea investigado y se tomen las medidas oportunas.

Caso práctico

Se seguirán las distintas fases antes mencionadas que cubren los distintos pasos de un procedimiento ante maltrato infantil: fase de activación, fase de valoración, fase de intervención y fase de detección y notificación.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

1. Fase de activación

- La central de comunicaciones envía un aviso a las dos de la madrugada para acudir a la C/ Palomares n.º 15 con la siguiente información: menor de unos ocho años solo en la calle con ropa de dormir. Acuden al lugar USVA, Unidad de Intervención Psicosocial y policía.
- A la llegada al punto de los recursos asistenciales el menor se encuentra con los propietarios de un bar, son los demandantes, llaman al 112 al ver al niño solo.
- El menor sabe dónde se encuentra y conduce a los profesionales a su domicilio al final de esa misma calle.

ACTUACIÓN REALIZADA

Se realizará valoración física y psicológica del menor siguiendo los indicadores de riesgo, su actitud y su comportamiento frente a la intervención y de su entorno. Se adoptará la mejor medida posible para el niño según la valoración que se realice teniendo en cuenta las circunstancias del momento de la intervención.

1. Fase de valoración

a) Valoración del menor

- Menor de ocho años. A la llegada de los profesionales se muestra nervioso, llorando y temeroso por no encontrar a su madre. Refiere que se despertó y al no encontrar a su madre en casa salió a la calle a buscarla. Se encuentra en pijama y con zapatillas de casa.
- Se realiza una valoración sanitaria del menor encontrándose una marca, aparentemente de cable, que cruza las piernas del menor por la parte trasera de días de evolución. Al preguntar cómo se ha hecho esas marcas el menor se muestra tenso, serio y mirando hacia el suelo. Después de un tiempo de intervención y ganarse la confianza del menor,

este refiere que se lo hizo su padre con el cable de la televisión porque es descuidado y perdió una chaqueta.

- Indicadores físicos: marcas en las piernas y diferentes hematomas de distintos días de evolución en miembros superiores y cara.
- Actitud del menor ante la intervención: se muestra colaborador pero hipervigilante, nervioso, asustadizo, llorando porque quiere estar con su madre. Se culpabiliza de los malos tratos que le da su padre.
- Menor adecuadamente nutrido, con escasa higiene corporal siendo evidente en cara, manos y uñas. Ropa algo descuidada y sucia.

b) Valoración del hogar

- Domicilio caótico con gran desorden. Ropa tirada por el suelo de las habitaciones. Resto de comida en la cocina de varios días. Escasa higiene por toda la casa. Apparentemente escaso nivel económico.
- Cristales de un vaso roto en una mesa y en el suelo totalmente accesible para el menor.

2. *Fase de intervención*

- Habilidades de comunicación adaptadas a la edad del menor, con la finalidad de ganar su confianza y que considere a los intervinientes como personas de ayuda.
- Se facilita información en todo momento de los pasos que se van a seguir para no aumentar el desconcierto en el menor y reducir su ansiedad y su miedo.
- Entrevista con el menor para obtener información: el menor refiere que vive con sus padres. Verbaliza textualmente "frecuentemente mi padre me pega porque me porto mal, soy torpe porque rompo cosas y despistado", "soy un poco torpe, se me caen las cosas y mi padre dice que le cuesta mucho dinero y esfuerzo comprarlas".
- Refiere que el padre frecuentemente bebe y que también pega a su madre.
- Manifiesta que vuelve del colegio normalmente solo pero que está cerca de casa, por la mañana le lleva su padre o su madre, come en el colegio. Su padre ahora no trabaja y su madre trabaja en un restaurante.
- No precisa traslado hospitalario.

3. *Fase de detección y notificación*

- Después de valorar toda la información recogida se detecta una situación de riesgo para el menor por lo que se decide, de forma coordinada entre los distintos profesionales, abrir expediente de notificación.
- Se notificará la situación en la que se encuentra el menor y las condiciones en las que vive a los servicios sociales.

Datos que debe recoger la notificación:

a) Datos de la asistencia

- Fecha y hora del aviso: 7 de febrero de 2011. Hora inicial aviso: 02:00 h. Hora final: 03:30 h.
- Lugar de la intervención: C/ Palomares n.º 15.

b) Datos del menor

- Nombre y apellidos: M.D.H
- Edad: 8 años

- Domicilio: C/ Palomares n.º 21, 2A.
- c) Datos de cuidadores: no se conocen datos de los padres sólo los nombres que aporta el niño, Ana y David.
- d) Motivo de la asistencia.
 - Dueños de un bar ven al menor solo a las dos de la madrugada.
 - Quién o qué institución demanda la asistencia: dueños de un bar que ven al menor solo.
- e) Datos sobre el suceso.

Del menor se detallan los indicadores de riesgo detectados durante la valoración, diferenciando:

 - Indicadores de riesgo de maltrato que se aprecian en el menor:
 - Indicadores físicos: marcas en las piernas y diferentes hematomas de distintos días de evolución en miembros superiores y cara.
 - Indicadores de posible negligencia: menor que se encuentra solo a las dos de la madrugada. Vive en un hogar caótico con gran desorden y descuido. Ropa tirada por el suelo de las habitaciones. Resto de comida en la cocina de varios días. Escasa higiene por toda la casa. Aparentemente escaso nivel económico.
 - Cristales de un vaso roto en una mesa y en el suelo totalmente accesible para el menor.
 - Actitud y comportamiento del menor durante la intervención. Se muestra colaborador pero hipervigilante, nervioso, asustadizo, llorando porque quiere estar con su madre. Habla de su madre con sentimientos positivos y de afecto lo que no ocurre hacia el padre del que habla con temor y la produce ansiedad. Se culpabiliza de los malos tratos que le da su padre.
 - No se pueden obtener datos de los progenitores debido a que no se encuentran en el lugar del suceso y la policía no puede localizarlos rápidamente.
 - Se obtiene información de una vecina que refiere que el padre pasa mucho tiempo fuera de casa y que la madre trabaja en un restaurante de cocinera y llega tarde los fines de semana. Desconocía que hoy se encontrara solo el menor, el padre tiene problemas con el alcohol, refiere discusiones frecuentes en casa, en alguna ocasión ha preguntado a la madre del niño pero ésta no quiere hablar del tema. Llevan un año y medio viviendo en esta casa y cree que no tienen más familia cerca.
- f) Medida adoptada: se traslada al niño a un centro de menores.

CONCLUSIÓN

Aunque la última medida es separar al menor de su familia, en este caso debido a no poder localizar a ninguno de los padres para informarles del suceso ni a otros familiares que puedan hacerse cargo del niño, es trasladado a un centro de menores. El caso será trasladado a los servicios de protección a la infancia para investigar detenidamente las circunstancias en las que vive el menor y las características del entorno. Aunque se tiene escasa información y habría que confirmarla, aparentemente es un hogar problemático donde la madre también podrá estar sufriendo malos tratos. La policía localizará a los padres para informarles de la situación actual.

7

Maltrato a mayores

"Vieja madera para arder, viejo vino para beber, viejos amigos en quien confiar, y viejos autores para leer"

F. Bacon

Se comenzará este capítulo con una reflexión, ¿por qué existe el maltrato a la persona mayor, cuando todos llegaremos a esas edades y seguro que se deseará un trato respetuoso, cariño, cuidados y vivir de forma digna? ¿El maltratador no piensa que quizá lo pueda sufrir el día de mañana?

Las sociedades han ido evolucionando y no siempre de forma adecuada y positiva respecto a las poblaciones más vulnerables como puede ser la llamada tercera edad, en la que simplemente por el paso del tiempo se van perdiendo capacidades físicas y cognitivas sin que ello quiera decir que se pierdan los derechos y libertades que todo ser humano posee, esta es la premisa fundamental para fomentar el buen trato al mayor.

El cuidado y el papel de la persona mayor han variado a lo largo de la historia y dentro de cada cultura. En la actualidad, hay una tendencia a considerar la vejez como una etapa de la vida fea, llena de limitaciones, poco rentable, en la que las cosas ya dan igual y sólo se tiene que esperar al final de la vida. Resulta realmente injusto que una persona que ha sido productiva para la sociedad durante gran parte de su vida, sus mejores años, llegue a considerarse una carga. Esta idea errónea debería hacer reflexionar seriamente a la sociedad en general, es más, cuando se recogen las opiniones de las personas mayores acerca de cómo ellos quieren que se les trate, el hecho que más valoran es el ser tratados con respeto y sin discriminación por razón de edad (Ayuntamiento de Madrid, 2010). Cuando se habla de personas mayores, se debe entender como un grupo de la población muy heterogéneo desde aquellos que son dependientes de los demás hasta los que son autosuficientes, independientes y activos.

No es hasta la década de los noventa cuando empieza a surgir interés por el maltrato al mayor, empezando a considerarse un problema social al que se debe dar respuesta. En

2002, el Informe de la I I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento expuso que se estimaba que para 2050 el porcentaje de personas de edad aumentará del 8% al 19%, mientras que el de niños descenderá del 33% al 22%. Este cambio demográfico plantea ya un problema importante en materia de recursos para dar respuesta a las necesidades de la población.

Desde el área de emergencias y urgencias, resulta fundamental disponer de protocolos de actuación que aseguren una correcta coordinación entre todos los profesionales involucrados en la detección y notificación, sólo así se podrá ofrecer una respuesta adecuada ante el maltrato al mayor. Distintos servicios como atención primaria, servicios de emergencias o recursos sociales de atención al mayor, serán algunos de los profesionales cuya labor será fundamental en la detección y notificación del maltrato, abriendo el proceso a otras medidas, no tan inmediatas, proporcionadas por los servicios sociales, recursos sanitarios y legales.

El objetivo general de este capítulo es ofrecer una visión global de esta problemática social, exponiendo la forma de proceder y los conocimientos necesarios para una óptima detección y notificación del maltrato al mayor.

7.1. Marco legislativo

En la I I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Naciones Unidas celebrada en 2002 se aprueba la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento. Dicho Plan recoge las recomendaciones para la adopción de medidas, destacando la medida de eliminar todas las formas de abandono, abuso y violencia contra las personas de edad.

La Constitución Española establece en su artículo 50 dos compromisos a favor del anciano, estableciendo que es función de los poderes públicos garantizar la economía de la tercera edad mediante pensiones adecuadas y actualizadas, y en segundo lugar, promover a través de los servicios sociales el bienestar del anciano respecto a salud, vivienda, cultura y ocio.

En 2006 aparece la Ley de Dependencia, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, regulándose sobre todo medidas de política social. Esta ley establece que las personas en situación de dependencia disfrutará de todos los derechos establecidos en la legislación vigente, y con carácter especial la persona podrá cuando tenga capacidad de obrar suficiente, decidir sobre la tutela de su persona y bienes para el caso de pérdida de su capacidad de autogobierno.

7.2. Marco conceptual del maltrato a mayores

Para poder empezar a abordar este tipo de maltrato, resulta importante aclarar en primer lugar qué se entiende por maltrato a mayores y establecer la clasificación de contextos donde puede darse este tipo de maltrato. La unificación de criterios respecto a la terminología que se utiliza es fundamental para trabajar en una misma dirección favoreciendo de este modo la atención al mayor.

7.2.1. Definición de maltrato a mayores

No existe una única definición de maltrato a mayores, en cualquier caso las distintas propuestas hacen referencia a conductas que se hacen o dejan de hacerse, produciendo consecuencias negativas en el bienestar del mayor y afectando a toda su esfera personal y social, y atentando contra sus derechos. Se expondrán dos de las definiciones más ampliamente aceptadas:

- Se entiende por maltrato al mayor cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 años o más, que ocurre en el medio familiar, comunitario e institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente.
- La definición desarrollada por la organización Acción contra el Maltrato al Mayor (Action on Elder Abuse) entiende el maltrato al mayor como un acto (único o reiterado) u omisión que causa daño o aflicción a una persona mayor que se produce en el seno de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza. Esta definición es la asumida por la Red Internacional para la Prevención del Maltrato al Mayor (INPEA).

En el maltrato a la persona mayor existe una diferencia de edad entre víctima y agresor, siendo este último más joven (por ejemplo, hijo o cuidador) y por tanto con capacidades físicas y psicológicas superiores.

7.2.2. Clasificación de contextos de maltrato a mayores

El maltrato a la persona mayor se puede dar en aquellos lugares donde se encuentre éste, es decir, en un ambiente familiar o institucional. No se debe olvidar que este tipo de maltrato cuando se da en el seno de la familia es difícil de detectar por la privacidad del entorno, caso parecido ocurre con la autonegligencia por incapacidad, cuando la persona vive sola, es precisamente esta soledad lo que puede dificultar el pedir ayuda y la escasa

consciencia de la falta de recursos y necesidades que presenta. Por ejemplo, la persona que no se administra adecuadamente la medicación o no quiere tomarla, se olvida de revisiones médicas, no puede autocuidarse respecto a la alimentación e higiene propia y de su hogar.

En el caso de maltrato institucional se debe valorar si se trata de un maltrato o descuido por incompetencia o dejadez del personal asistencial o si por el contrario, se trata de un maltrato generalizado siendo la pauta predominante que se da en el centro.

A continuación se describen los contextos en los que puede darse maltrato al mayor y sus características (ver [cuadro 7.1](#)).

Cuadro 7.1. Clasificación de contextos de maltrato al mayor

<i>Clasificación</i>	<i>Características</i>
a) (Contexto familiar	<ul style="list-style-type: none"> – Intrafamiliar: se da dentro de la propia familia, normalmente la persona mayor convive con sus hijos. – El mayor vive solo: no puede garantizar su bienestar por sus limitaciones físicas y psíquicas.
b) Contexto institucional	<ul style="list-style-type: none"> – Institucional: se da en las instituciones como centros de día, residencias u hospitales, donde se dan situaciones que perjudican su bienestar físico y psíquico ya sea por acción, omisión o negligencia, no respetando sus derechos, no cubriendo sus necesidades básicas a nivel social y personal. Se da falta de recursos e inadecuada coordinación o agilidad en realizar trámites.
c) Contexto social	<ul style="list-style-type: none"> – La sociedad no apuesta por personas de edad avanzada, desvalorizando sus posibilidades, considerándolas personas poco útiles, consumidoras de recursos, frágiles y dependientes de los demás. Esta visión estereotipada hace que se malentienda los recursos que serían útiles, convirtiéndolos en personas pasivas y dependientes confirmándose de esta manera la idea sesgada de la sociedad. – Falta de recursos sociosanitarios.

7.2.2.1. Contexto institucional del maltrato a la persona mayor

A continuación se tratará el maltrato institucional de forma más extensa, exponiendo las formas en las que puede encontrarse, el reflejo de ello serán los indicadores de riesgo de maltrato que aparecerán en la persona mayor (ver [cuadro 7.2](#)).

Se entiende por negligencia institucional todos aquellos actos que ocurren en una institución y que produce si no un daño objetivable como un maltrato físico, sí una angustia continuada en el usuario o la falta de algunos cuidados, que sin ser vitales, sí producen una menor calidad de vida e incluso situaciones molestas diarias (Trinidad, 2008).

El buen trato institucional debe dirigirse a fomentar la autonomía del usuario, con funciones rehabilitadoras para la persona y, en aquellos casos donde exista un grado de discapacidad y dependencia importante, se espera del profesional un trato al mayor digno, respetuoso y profesional. La coordinación entre los distintos profesionales debe tener como objetivo prioritario fomentar que la persona mayor se sienta valorada, válida y viva, resultando importante para ello el consentimiento informado para todo aquello que puede afectarla. El maltrato institucional puede darse tanto en los centros donde reside de forma permanente la persona mayor como en instituciones en las que se encuentra de forma transitoria. Dentro de una institución el maltrato puede ser ejercido por:

1. Personal del centro: distintos profesionales.
2. Otro residente.
3. Familiares
4. Otros visitantes no conocidos.

No obstante, hay que especificar que cuando existe maltrato a la persona mayor, por ejemplo en el ámbito intrafamiliar, éste no tiene por qué cesar cuando el mayor es ingresado en un centro de forma permanente o pasajera, por lo que será fundamental la labor de los profesionales para detectar la situación de maltrato ejercida por familiares y controlar la convivencia adecuada y respetuosa entre los usuarios. Imagínese, por ejemplo, una persona de avanzada edad que habitualmente convive con su hija y está siendo maltratada psicológicamente por esta, recibiendo humillaciones, insultos y amenazas, y padeciendo un trato negligente en su cuidado. Es hospitalizada durante un tiempo y recibe por parte de la hija el mismo trato indigno cuando la visita.

Cuadro 7.2. Maltrato institucional al mayor

<i>Clasificación</i>	<i>Características</i>
a) Organización	– Horarios fijos y rígidos: comer, actividades, etc.

y funcionamiento
Institucional

- Vida totalmente organizada y rígida.
- Espacios despersonalizados.
- Profesional: es quien decide y organiza lo que debe hacerse.
- Trato homogéneo, sin personalizar.
- Hacinamiento de usuarios.
- Actividades grupales.
- Escasa vida privada e íntima.
- Espacios compartidos: habitaciones, comedores, salas, etc.
- Escasa higiene en general.
- Falta de recursos personales y materiales.
- Falta de actividades de ocio y sociales para los residentes.
- Cambios de habitaciones, no favoreciendo la estabilidad.
- Escasez y mala preparación de alimentos.
- Dirección del centro y normas de funcionamiento inadecuadas.
- Incorrecta organización y distribución de tareas entre los profesionales.
- Condiciones deficientes para trabajar adecuadamente.
- Uso fraudulento de los bienes del usuario.

b) Actitudes,
comportamientos

del cuidador hacia
el mayor

- Trato poco personal e individualizado.
- Descuidos en el aseo y cuidado de la imagen.
 - Falta de motivación para el trabajo.
 - Trato infantil. No dejándole decidir.
 - No fomenta o facilita la vida social.
 - No mantiene conversaciones con el mayor.
 - Trato de indiferencia.
 - Sedación al mayor de forma excesiva.
 - No fomenta la estimulación dándose una privación sensorial.
 - Le mantiene en cama o inmóvil demasiado tiempo.
 - Desatención sobre la prevención de

c) Condiciones laborales y características del cuidador

Sobrecarga de trabajo.

- Escasa formación y entrenamiento.
- Falta de capacitación.
- Síndrome de *burnout* agotamientos físico y psíquico del cuidador.
- Baja retribución económica.
- Escasa tolerancia a la frustración.
- Escasa tolerancia al estrés.
- Falta de empatía.
- Falta de habilidades de comunicación.
- Falta de habilidades para manejar situaciones problemáticas.
- Malas relaciones usuario-profesional.
- Malas relaciones entre profesionales.

7.2.2.2. Contexto familiar del maltrato a la persona mayor

A continuación se tratará el maltrato al mayor dentro del ámbito intrafamiliar, describiendo las características que rodean a este tipo de maltrato, donde si bien es cierto que no se puede hablar de un prototipo de familia maltratadora, sí suelen darse una serie de coincidencias que se convierten en indicadores que facilitarán la detección del maltrato.

Normalmente el maltratador suele ser un hijo con el que convive habitualmente la persona mayor, aumentando la probabilidad de sufrir maltrato cuando mayor es el grado de dependencia.

Entre las características familiares están:

- Convivencia del mayor con hijo y la familia de este.
- Escaso espacio en el hogar, con la reubicación de los familiares.
- Falta de adaptación arquitectónica para las necesidades del mayor.
- Problemas económicos de la familia.
- Falta de apoyos asistenciales y sociales.
- Problemas de convivencia entre el agresor y el mayor.
- Dificultades generacionales en la familia.
- Hay un único cuidador en el hogar.
- La familia oculta o minimiza la situación de maltrato.

Respecto al maltratador se debe diferenciar cuando el maltrato se realiza de forma

intencional, produciendo en los mayores graves consecuencias tanto físicas como psicológicas, y cuando es involuntaria debiéndose a la falta de recursos, desconocimiento de la enfermedad y cuidados que necesita el mayor, falta de preparación y conocimientos así como estrés prolongado del cuidador. En este último caso sería conveniente dotar y facilitar los recursos necesarios para ayudar a ambas partes, al mayor y al cuidador.

Se exponen a continuación las actitudes y comportamientos que pueden darse en el maltratador (ver [cuadro 7.3](#)).

Cuadro 7.3. Actitudes, comportamientos y características del maltratador

<i>Indicadores de riesgo</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Consumo de sustancias – Ideas erróneas sobre la vejez – Trastornos psicológicos – Agotamiento por la sobrecarga física y psicológica – Dependencia económica del mayor – Dependencia de vivienda del mayor – Sin conocimientos para cuidar a la persona mayor – No entiende la administración de los medicamentos – Vive solo con el anciano – Escaso control emocional – Miedo al fracaso como cuidador – No asimila la frustración – Descuida el cuidado del mayor (medicación, aseo, movilidad, etc.). – Ofrece explicaciones poco coherentes sobre el maltrato – Culpabiliza al mayor del maltrato – Niega el maltrato – No admite que el mayor se quede solo con el profesional – Comportamiento agresivo – Se niega a cualquier intervención con el mayor – No deja contestar al mayor – Retrasa la asistencia del anciano – Desconocimiento de recursos – Oculta el maltrato aislando al anciano (sin visitas, sin llamadas, no le permite salir de casa) – No respeta la intimidad – No le permite tomar decisiones, utiliza sin permiso sus bienes y abre su correo personal – Institucionaliza al mayor sin su consentimiento

7.2.3. Actitud, comportamientos y consecuencias del maltrato en el mayor

La víctima de cualquier tipo de maltrato va a sufrir importantes consecuencias físicas, psíquicas y sociales, que repercutirán de forma muy negativa en todas las esferas de su vida, teniendo en cuenta la vulnerabilidad que pueden presentar debido a la pérdida de capacidades propias de la edad y a la suma de múltiples factores, esta población se convierte en víctima silenciosa que no puede pedir ayuda, de aquí la importancia de la

sensibilización sobre el maltrato a las personas mayores, así como la preparación y formación de profesionales que puedan detectar y notificar esta situación traumática para la persona.

A continuación se describe el perfil del mayor maltratado respecto a las actitudes y comportamientos que pueden presentar (ver [cuadro 7.4](#)).

Cuadro 7.4. Actitudes, comportamientos y consecuencias en el mayor

<i>Perfil del mayor maltratado</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Depende del cuidador a nivel económico y de alojamiento – Depende emocionalmente del maltratador – Tiende a proteger al agresor disculpándole, normalmente es su hijo/a – Déficit cognitivo – Problemas de salud física – Miedo a posibles represalias del maltratador lo que le lleva a ocultar el maltrato – Miedo a perder el contacto con familiares – Niega la situación de maltrato – Temor al aislamiento – Miedo a la institucionalización – Se autoculpabiliza del maltrato pensando que es merecido – Desconocimiento de los recursos de ayuda (no saber dónde acudir ni con quién hablar) – Creencia de que nadie puede ayudarle ni comprenderle – Presenta un grado de dependencia que le impide revelar su situación debido a sus limitaciones – Vergüenza por la situación que padece por lo que la mantiene en secreto – Minimiza la situación de maltrato – Normaliza su experiencia de maltrato – Miedo a provocar un conflicto familiar – Cree en las palabras del agresor de no volver a maltratar – No responde de forma positiva a tratamientos adecuados – Acude a urgencias de forma repetida – Retraso en solicitar ayuda o acudir al médico

7.3. Tipos de maltrato a mayores

Como ocurre normalmente en una situación de maltrato, no suele darse un solo tipo, sino que la víctima sufre varios maltratos de forma simultánea. Es frecuente que se de maltrato psicológico junto a negligencia. Por ejemplo, una mujer de 82 años que convive en su casa con su única hija la cual depende económicamente de su madre. La hija se encuentra en tratamiento por ansiedad después de una separación hace más de ocho años, tiene dificultades para el manejo de situación estresantes y se encuentra desbordada por su situación personal y el cuidado de su madre, no conociendo recursos de asistencia a domicilio. La madre presenta deterioro cognitivo y limitaciones de movilidad, siendo dependiente de su hija, la cual la culpabiliza de su situación, de no poder buscar trabajo, no tener vida social ni poder rehacer su vida por tener que cuidarla, la insulta y la

amenaza con meterla en una residencia para que no dé más trabajo. Descuida su medicación, la mantiene durante horas en la cama, no cuida su imagen personal, descuidando su higiene, peinado, olvida ponerla las gafas y no sigue la alimentación prescrita por el médico.

A continuación se describirán los distintos tipos de maltrato que pueden darse en las personas mayores junto con los indicadores de riesgo que deben conocerse con el fin de poder detectar y notificar la situación:

- a) *Maltrato físico.* Se entiende por maltrato físico todos aquellos actos que causen dolor, lesiones y daños físicos, así como impedir la libertad de movimientos, forzar al aislamiento y a la inmovilidad por la fuerza, por medios físicos (por ejemplo, ataduras, o a través de drogas, etc.) (ver [cuadro 7.5](#)).

Cuadro 7.5. Indicadores de riesgo de maltrato físico

<i>Indicadores de riesgo</i>	<i>Signos y síntomas</i>
Lesiones cutáneas	<ul style="list-style-type: none"> – Hematoma, heridas, contusiones, laceraciones o quemaduras – Hematomas de diferente evolución, con diferente color según el tiempo transcurrido desde la agresión – Heridas de diferente grado de evolución y cicatrización – Marcas por inmovilización – Dolor a la palpación – Úlceras por presión debido a inmovilidad
Lesiones osteo-articulares	<ul style="list-style-type: none"> – Fracturas de diferentes partes del cuerpo y con diferentes grados de evolución – Desplazamientos – Contracturas en articulaciones por inmovilidad – Lesiones musculares
Alopecia traumática	<ul style="list-style-type: none"> – Falta de pelo en zonas localizadas – Sangre en cuero cabelludo
Lesiones oculares	<ul style="list-style-type: none"> – Desprendimiento de retina – Problemas oculares por no llevar gafas cuando son necesarias – Hemorragias oculares
Lesiones bucales	<ul style="list-style-type: none"> – Falta o fractura de piezas dentales – Infecciones bucales

Estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> – Pérdida de peso – Hipo o hipertermia – Tensión arterial baja – Taquicardias
Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> – Sobresedación – Desorientación – Confusión

- b) *Maltrato psicológico.* Se produce al tratar al mayor de forma inadecuada e irrespetuosa causándole gran angustia, sentimientos de indefensión, baja autoestima y desamparo. Se produce por las amenazas, insultos, intimidación, gritos y trato denigrante de sus cuidadores lo que provoca en el mayor un gran perjuicio emocional (ver [cuadro 7.6](#)).

Cuadro 7.6. Indicadores de riesgo de maltrato psicológico

<i>Indicadores de riesgo</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Ansiedad – Depresión – Apatía – Aislamiento social – Agitación – Ira y enfado – Baja autoestima – Pérdida de memoria sin causa aparente – Cambios de conducta repentina ante cuidadores – Somatizaciones – Autoculpabiliza de su situación – Indefensión y resignación – Tímido y temeroso al hablar del maltrato – Falta de contacto visual al comunicarse – Quejas de estar abandonado en diferentes ámbitos de su vida (social, familiar, sanitario, higiene, etc.) – Sufrimiento por no poder ver a los nietos

- c) *Maltrato económico.* Se entiende por maltrato económico aquel que se ejerce de forma ilegal mediante el uso indebido y no consentido del mayor sobre sus bienes económicos y materiales, modificando sus pertenencias sin conocimiento, por coacción, engaño, hurtos o haciendo un mal uso de los ingresos del mayor (ver [cuadro 7.7](#)).

Cuadro 7.7. Indicadores de riesgo de maltrato económico

<i>Indicadores de riesgo</i>

- Cambios repentinos de testamento
- Retirada de dinero de forma irregular y sin conocimiento
- Documentos y cheques que no son firmados por el mayor
- Se incluyen otras personas como autorizadas en la cartilla bancaria
- Necesidad de recursos materiales que el mayor podría costearse y se le privan
- Falta de fondos de forma inexplicable y desconocida por el anciano
- Coacción para conseguir su firma en documentos
- Pérdida de pertenencias personales: joyas, dinero u objetos de valor
- Se niega al mayor el acceso o control de sus bienes

Existen documentos legales que protegen al mayor de sufrir este tipo de maltrato, tomando decisiones sobre su futuro, entre ellos (Viñas, 2008):

- Autotutela: ofrece la posibilidad de poder decidir quién cuida al mayor en caso necesario. Éste escoge un tutor a priori, a través de un documento firmado ante notario.
- Testamento vital: también denominado documento de voluntades anticipadas, da instrucciones de actuación a médicos en el caso de que, por las circunstancias que sean, más adelante el autor del testamento no pueda expresar su voluntad.
- Poder preventivo: se deja constancia por escrito de la manera de gestionar los bienes de la persona, en caso de que alguna enfermedad le impida tomar decisiones sobre ellos.

En el caso de que la persona no pueda tomar decisiones debido a su incapacidad será un juez quien designe a un tutor para que vele por el bienestar y defienda los derechos del mayor.

- d) *Maltrato sexual*. Se entiende por maltrato sexual todo aquel acto de naturaleza sexual no consentido ni querido por la persona, que atentan contra su dignidad, libertad e integridad física y psíquica. Se trata de violación, tocamientos, abuso y acoso, insinuaciones verbales con el uso de la fuerza física, el engaño, la coacción o el chantaje (ver [cuadro 7.8](#)).

Cuadro 7.8. Indicadores de riesgo de maltrato sexual

<i>Indicadores de riesgo</i>
– El mayor refiere agresión sexual
– Ropa rasgada o manchada de sangre
– Ropa interior manchada de fluidos corporales
– Infecciones genitales o venéreas sin explicación
– Sangrado vaginal o anal inexplicable
– Contusiones o heridas en zona genital
– Marcas de succión en mamas
– Enfermedades de transmisión sexual

- e) *Negligencia*. Se actúa de forma inapropiada causando al mayor un importante sufrimiento por no atender sus necesidades básicas. Puede producirse por acción u omisión y de forma intencionada o no por el cuidador. Es posible que se esté produciendo negligencia de forma no intencionada debido al desconocimiento o características de la persona que se encarga del mayor. Será fundamental hacer una valoración del entorno del anciano, para aclarar por qué razón se están produciendo estas negligencias que atentan contra la dignidad y anulan los derechos de toda persona. Se pueden diferenciar distintos tipos de negligencia (ver [cuadro 7.9](#)).

Cuadro 7.9. Indicadores de riesgo de negligencia

<i>Concepto</i>	<i>Descripción</i>
Negligencia asociada a la alimentación	<ul style="list-style-type: none"> – Se priva o se ofrece escaso alimento – Se dan alimentos en mal estado – Dieta no adecuada para la salud del anciano
Negligencia asociada a la higiene	<ul style="list-style-type: none"> – Escasa higiene corporal: sucio, mal olor, uñas amarillentas, etc. – Pelo descuidado – Ropa sucia y mal cuidada – Olor a orina y heces – No cambio de pañales
Negligencia asociada a la salud	<ul style="list-style-type: none"> – Presenta deshidratación y desnutrición – No se da importancia a las dolencias del mayor – Mala administración de fármacos (se administra más o menos medicación de la que corresponde) – No seguir prescripciones del médico – No se realizan revisiones oftalmológicas, auditivas o dentales – No lleva gafas siendo necesarias, están sucias, en mal estado o no graduadas a su visión – No se tratan heridas más o menos importantes – Boca séptica

	<ul style="list-style-type: none"> – No nutrir la piel – Ropa no adecuada para la climatología
Negligencia asociada a las condiciones del hogar	<ul style="list-style-type: none"> – Vive en un hogar sucio y desordenado – No tiene ayuda para limpiar su domicilio – Hogar no adaptado a sus necesidades físicas y sus limitaciones – No disponer de calefacción – Falta de espacio
Negligencia por falta de supervisión, cuidado o trato	<ul style="list-style-type: none"> – Se deja al mayor impedido mucho tiempo solo, sin saber si puede necesitar ayuda – Caídas reiteradas – No se cumplen horarios de alimentación o descanso – No se ofrece distracción, no se le habla ni participa en actividades conjuntas – Trato infantil – No se le permite tomar decisiones que le afectan – Se le aísla socialmente – No se cuida su imagen personal – Permanece inmovilizado mucho tiempo y aparecen úlceras
Autonegligencia	<ul style="list-style-type: none"> – De forma no intencional: la persona no puede cuidarse por sus limitaciones. Vive sola
Abandono	<ul style="list-style-type: none"> – Se abandona a una persona totalmente dependiente, privándole de la ayuda que necesita para poder vivir

Relacionado con el tema de la negligencia está el conocido, por la difusión que recibe en los medios de comunicación Síndrome de Diógenes, que suele darse en personas solitarias que no reconocen tener ningún problema, ni rodearse de una situación patológica. Las personas que lo padecen pueden incluso enfrentarse a aquellas que intentan hacerle ver las condiciones infrahumanas en las que viven, rodeados de suciedad, basura y comida en mal estado y que hacen que viva en un hogar con condiciones higiénicas lamentables. La persona rompe con el mundo exterior, se margina y se aísla de la sociedad.

7.4. Intervención psicosocial desde el área de emergencias

Resulta fundamental la sensibilización social para ayudar a eliminar estas situaciones de maltrato que nunca deberían producirse. La población en general debe luchar contra todo acto que atente contra la dignidad de las personas y viole sus derechos, pero en concreto los distintos profesionales tienen la obligación ética, profesional y legal de denunciar este tipo de delitos, siendo necesario tener conocimiento de esta problemática.

Una intervención eficaz ante el maltrato a la persona de edad debe reunir los siguientes objetivos y tareas:

- Detección y notificación.
- Investigación de la situación que atraviesa el mayor.
- Puesta en marcha de medidas y recursos necesarios para mejorar y acabar con la situación de maltrato.
- Evaluación posterior de las medidas adoptadas para comprobar si se logró el objetivo propuesto.
- Seguimiento del caso.

Son muchos los profesionales que intervienen a lo largo de todo el proceso, desde personal de emergencia extrahospitalaria, hasta cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, profesionales de hospitales, servicios sociales, médicos de atención primaria, abogados y jueces. La labor concreta, dentro de esta cadena asistencial, de los equipos de emergencias extrahospitalarios estará en la detección y la notificación del maltrato, que se revisará posteriormente.

Así mismo, un correcto afrontamiento del maltrato a la persona mayor debe incluir:

- Formación de los profesionales sobre maltrato a mayores (conceptualización del maltrato al mayor, tipos e indicadores de riesgo).
- Elaboración de protocolos de actuación en caso de maltrato a personas mayores, que guiará la forma de trabajar. Los procedimientos de intervención permitirán concretar conceptos, evitar la libre interpretación del profesional y unificar criterios de forma que no haya duda, entre los profesionales, sobre las decisiones a tomar.
- Coordinación adecuada y fluida entre los distintos profesionales.
- Conocimiento de los recursos asistenciales y sociales.

A continuación, se describen de forma más detallada las fases que debe reunir un procedimiento de detección e intervención ante casos de maltrato al mayor desde la emergencia extrahospitalaria (ver [cuadro 7.10](#)).

Como se puede observar, se debe realizar una valoración global, del mayor y su entorno, así mismo se debe evaluar el maltrato en cuanto su gravedad, si se trata de una

situación puntual o crónica y sus consecuencias. En aquellos casos en los que la persona viva sola se valorarán las condiciones de higiene del hogar y sus capacidades para autocuidarse.

Cuadro 7.10. Procedimiento de detección e intervención en maltrato al mayor en el área de emergencia extrahospitalaria

<i>Fases</i>	<i>Descripción</i>
1. Activación	<ul style="list-style-type: none"> – Activación de los recursos necesarios – Activación del procedimiento de maltrato al mayor
2. Valoración	<ul style="list-style-type: none"> – Confirmación de la información previa disponible – Valoración integral del mayor – Valoración de toda la información recogida
3. Pautas de intervención	<ul style="list-style-type: none"> – Asistencia sanitaria – Pautas de intervención psicológica – Medidas a adoptar de forma coordinada entre los distintos profesionales, según la valoración de la información – Elaboración del informe asistencial
4 . Detección y notificación	<ul style="list-style-type: none"> – Detección de una situación de maltrato o riesgo para el mayor – Realiza el procedimiento de notificación

La primera valoración será detectar si el mayor se encuentra en una situación de riesgo inminente, en cuyo caso sería necesario trasladarle al hospital, por ejemplo si presenta traumatismos, heridas, deshidratación, etc. De forma más detallada se describen las distintas valoraciones que deben realizarse (ver [cuadro 7.11](#)).

Cuadro 7.11. Valoración del maltrato al mayor desde los servicios de emergencias

<i>Valoración</i>	<i>Descripción</i>
1. Valoración del mayor	<ul style="list-style-type: none"> – Valoración sanitaria – Valoración psicológica – Valoración de indicadores de riesgo de maltrato – Valorar negligencias y tipos

	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluación del deterioro cognitivo – Observar la actitud, comportamiento y reacciones del mayor con y sin el cuidador – Valorar explicación y actitud ante el maltrato – Observar actitud y comportamiento ante la intervención – Entrevista sobre el maltrato (juntos y separados) – Recoger textualmente las palabras del mayor – Identificar actividades cotidianas y horarios – Valorar apoyos sociales
2. Valoración del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> – Valorar la explicación sobre maltrato – Observar actitud y comportamiento ante la intervención – Valorar la percepción que tiene el cuidador del mayor – Determinar si el maltrato es intencional o involuntario – Valorar estado general del cuidador
3. Valoración del entorno familiar	<ul style="list-style-type: none"> – Condiciones higiénicas del hogar – Recursos económicos de la familia – Genograma de la familia – Apoyo social – Número de personas que conviven – Número de cuidadores en la familia – Sucesos viales estresantes – Organización del tiempo – Enfermedades de los miembros de la familia

Es importante valorar el estado cognitivo del mayor ya que en función del resultado se realizará o no una entrevista personal sobre el maltrato. El deterioro cognitivo puede explicar por qué no ha podido solicitar ayuda.

Algunos de los cuestionarios que pueden administrarse por su brevedad para valorar la capacidad cognitiva del mayor pueden ser:

- Cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ). Valora el deterioro cognitivo y el grado del mismo. Consta de 10 ítems y es una prueba fácil y breve de administrar, se requieren entre cuatro y cinco minutos. Explora memoria a corto plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo. Es especialmente útil para *screening* en población general y personas de edad avanzada. Se considera normal de 0 a 2 errores, deterioro cognitivo leve de 3-4 errores, deterioro cognitivo moderado de 5 a 7 y deterioro cognitivo importante de 8 a 10, permitiéndose un fallo de más si el paciente no ha recibido educación primaria y uno menos si tiene estudios superiores.
- Mini Mental State Examination (MMSE). Detecta deterioro intelectual y su evolución a través de 11 ítems. Se requieren entre 5 y 10 minutos para administrarla. Útil en ancianos. Explora cinco funciones cognitivas superiores: orientación, retención, atención y cálculo, memoria y lenguaje. Los resultados tienen un máximo de 30 puntos, más de 27 puntos se considera normal, menos de 24 sugiere demencia, entre 23-21 demencia leve, entre 20-11 demencia moderada y menos de 10 demencia severa.

En caso de poder realizar la entrevista habrá que señalar si está o no presente el cuidador, ya que puede estar condicionando las respuestas del mayor, aportará gran información el cambio de actitud, las emociones y comportamientos del anciano con y sin el cuidador, por lo que estas apreciaciones deben ser tenidas en cuenta a la hora de valorar la situación de forma global. La entrevista debe realizarse en un ambiente de confidencialidad, respeto y empatía, cuidando al máximo las habilidades de comunicación no verbales y adaptando el lenguaje a la persona, con preguntas cortas y claras, comenzando por preguntas generales y, en función de la respuesta, preguntar de forma más concreta sobre situaciones de maltrato. Se evitará un trato infantil y paternalista, se realizarán preguntas relacionadas con los diferentes tipos de maltrato utilizando palabras como daño, miedo, soledad, amenazas, tocamientos sin consentimiento, uso de su dinero sin su permiso, etc.

Previamente, se debe explicar que son preguntas que se hacen a todas las personas que se encuentran en situaciones similares a la suya y que se sabe que pueden resultar molestas o dolorosas (Moya y Barbero, 2005).

Por ejemplo:

- ¿Alguien le ha causado daño?, ¿alguien de su familia?
- ¿Se encuentra solo?
- ¿Tiene miedo a alguna persona cercana?

La Asociación Médica Americana (AMA) propone cinco preguntas para realizar al mayor:

1. ¿Alguien le ha hecho daño en casa?
2. ¿Tiene miedo de alguna de las personas que viven con usted?
3. ¿Le han amenazado?
4. ¿Le han obligado a firmar documentos que no entiende?
5. ¿Alguien le ha puesto dificultades para que usted pueda valerse por sí mismo?

Una prueba validada en población española para detectar posible maltrato al mayor es la EASI (Elder Abuse Suspicion Index), que recoge preguntas sobre la vida cotidiana del mayor en los últimos doce meses. Consta de cinco preguntas para el mayor con respuesta sí/no, teniéndose que realizar una segunda pregunta en caso de respuesta afirmativa; una sexta pregunta, que incluye dos, deberá ser contestada por el profesional, en la que se indique si durante la prueba está presente una tercera persona y si se observan indicios de maltrato.

7.4.1. Detección y notificación de maltrato al mayor

En función de la evaluación realizada y la primera intervención in situ, se valorará o no la existencia de un posible caso de maltrato a la persona mayor.

La detección hace referencia a la identificación de una situación de maltrato o situación de incapacidad de una persona para poder cuidarse, a través de la valoración de los indicadores de riesgo. Una vez detectada la situación debe ser notificada, es decir, se transmitirán los datos obtenidos en la valoración a los servicios competentes, para poner en marcha los recursos necesarios y poner fin a la situación.

Al profesional no se le pide una certeza absoluta sobre el maltrato sino identificar posibles riesgos razonables que amenacen el bienestar de la persona y atente contra sus derechos, esto abrirá una investigación más exhaustiva que confirmará o no el maltrato. Se debe informar tanto de casos graves como leves para evitar un agravamiento de la situación.

La notificación debe recoger de forma exhaustiva toda la información recogida: estado en que se encuentra el mayor a la llegada de los profesionales, estado emocional, actitud ante el profesional y cuidador, condiciones higiénicas y vestimenta, lesiones que pudiera presentar, estado y condiciones del hogar, datos sobre el cuidador y la intervención realizada por cada uno de los profesionales que intervienen (ver [cuadro 7.12](#)). Además, se cumplimentará un informe de asistencia.

Cuadro 7.12. Notificación de un caso de maltrato al mayor

<i>Información</i>	<i>Descripción</i>
a) Datos de la asistencia	– Fecha y hora del aviso

	– Lugar de la intervención
b) Datos del mayor	– Nombre y apellidos – Edad – Domicilio y teléfono – Nacionalidad – Donde reside. – Personas con las que convive.
c) Datos del cuidador	– Nombres y apellidos – Edades – Domicilio y teléfono – Relación con el mayor – Nacionalidad
d) Motivo de la asistencia	– Quién o qué institución demanda la asistencia – Qué hechos concretos originaron la asistencia – Situación en la que se encuentra el mayor a la llegada de los profesionales – Información proporcionada por otros profesionales o personas que conocen la historia del mayor
e) Historia de maltrato	– Desde cuándo se conoce la historia de maltrato – Frecuencia y gravedad de la situación de maltrato – Consecuencias del maltrato – Caso en seguimiento por servicios sociales
f) Datos de las Valoraciones	– Valoración del mayor – Valoración del cuidador – Valoración del entorno
g) Intervención	– Reflejar pautas de intervención realizadas – Medidas adoptadas desde los servicios de emergencia (traslado al hospital, queda en el punto con adulto de referencia positivo, ingreso en institución, etc.) – Identificación de profesionales que intervienen

Cuando los servicios de emergencias extrahospitalarios detectan y notifican un caso de este tipo, se debe informar al afectado, siempre obviamente que mantenga sus facultades cognitivas. Se explicará la situación en la que se encuentra, los graves efectos que para su bienestar emocional y salud está teniendo la situación de maltrato y la forma en que se va a proceder. El mayor tiene derecho a ser informado de todo aquello que le compete, explicando que tiene derecho a denunciar el maltrato y en caso de querer hacerlo se informará sobre los trámites legales a seguir, pero siempre respetando su voluntad. Este asesoramiento debe hacerse garantizando la confidencialidad y con un trato exquisito, sin herir sensibilidades, ya que no se debe olvidar que en gran número de ocasiones se habla de denunciar al propio hijo/a, situación complicada para el mayor.

La intervención de los servicios de atención extrahospitalaria finalizará con esta detección y notificación del caso, tomando las primeras decisiones, que pueden ser:

- Traslado del mayor a centro hospitalario debido a su salud y deterioro.
- Institucionalización.
- Queda en el lugar acompañado, con seguimiento posterior por parte de servicios sociales.
- Queda solo en su domicilio, con seguimiento de servicios sociales.

Estas decisiones estarán en función de las valoraciones realizadas y siempre garantizando la salud física y psíquica de la persona.

Tras la notificación, el caso pasará a los servicios competentes para dar continuidad a la demanda de asistencia. Se pueden dar distintas situaciones, por ejemplo:

- Si se valora que la familia por diferentes motivos no puede hacerse cargo ni garantizar su bienestar, la persona mayor será ingresada en una institución, pudiendo ser tutelada por las entidades públicas.
- La persona mayor no puede valerse sola y no cuenta con familiares que puedan atenderla por lo que se la ingresa en una institución.
- Si la situación de maltrato o negligencia se debe al agotamiento del cuidador, se pondrán en marcha los recursos asistenciales adecuados para aliviar la atención que presta al mayor. Recibirá asistencia sanitaria o psicológica si fuera necesario al igual que la persona mayor.
- La persona mayor puede vivir sola en su domicilio, pero recibiendo ayuda externa para realizar sus actividades y recibiendo atención sanitaria y psicológica si fuera necesario.

7.5. Conclusiones

Es fundamental la sensibilización de la sociedad para luchar contra el maltrato a los

mayores.

El maltrato al mayor puede presentarse en un ambiente intrafamiliar, institucional y, cuando el mayor vive solo, puede producirse autonegligencia por falta de capacidad para su autocuidado.

Los distintos profesionales tienen la obligación de denunciar este tipo de delitos y, para ello, resulta imprescindible que estén formados y entrenados en la detección y notificación.

Es necesaria la elaboración de protocolos de actuación en casos de maltrato al mayor, favoreciendo así la toma de decisiones.

Es prioritaria una buena coordinación entre todos los profesionales que pueden intervenir en casos de maltrato a personas mayores.

Los servicios de emergencias, como primer eslabón de la cadena asistencial, tienen como función principal la detección y notificación, siendo imprescindible la valoración sanitaria y psicológica, valoración de las distintas esferas de la vida del mayor, de su entorno y de sus cuidadores.

Una vez detectado y notificado el maltrato, comenzarán otros procesos de evaluación que confirmarán la situación que atraviesa el mayor, con la puesta en marcha de recursos asistenciales y sociales necesarios tanto para el mayor como para el cuidador, una valoración posterior de las medidas adoptadas y un seguimiento del caso para garantizar o mantener el bienestar del mayor.

Caso práctico

Para la exposición del caso se expondrán las distintas fases de actuación en un caso de maltrato a la persona mayor.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

A) Fase de activación

La central de comunicaciones envía un aviso a las 14:25 h para acudir a la C/ Mar Bravo n.º 4, 3A. Los demandantes son unos vecinos que han escuchado a su vecina de 83 años gritar y llorar. Al lugar del suceso acuden USVA, Unidad de Intervención Psicológica, policía local y bomberos para poder abrir la puerta del domicilio.

Al abrir la puerta del domicilio las distintas unidades de intervención se encuentran a una mujer de 83 años, llamada Ana que se encuentra tirada en el suelo del baño. Según refiere se resbaló cuando intentaba lavarse.

ACTUACIÓN REALIZADA

B) Fase de valoración

Se realizará una valoración tanto psicológica como sanitaria de la paciente así como del domicilio.

a) Valoración de la persona mayor

- Valoración sanitaria:

- Ana presenta varias contusiones en miembros inferiores y brazo derecho debido a la caída, una herida en la frente que necesita sutura y que se hizo al golpearse con el lavabo. Presenta importante estado de deshidratación y desnutrición aunque en menor grado.
- Tiene marcas en las muñecas por ataduras, derrame en ojo izquierdo, se muestra confusa, tiene problemas de movilidad necesitando ayuda para poder desplazarse.
- Se aprecian distintas heridas y contusiones en brazos y espalda de diferente grado de evolución que no quiere explicar cómo se han producido.

- Valoración psicológica:

- Ana se muestra nerviosa ante la situación y temerosa cuando se sugiere llamar a su hijo para informarle del suceso. Lloro de forma intensa insistiendo que su hijo se enfadará cuando llegue y vea la situación en la que se encuentra, verbaliza "mi hijo se enfadará mucho cuando vea el lío que he montado, les estoy molestando a ustedes, mi hijo siempre me dice que doy mucho trabajo y es verdad, tendría que morirme, es lo mejor, ya no valgo para nada". Se muestra temerosa al preguntar sobre cómo se han producido las heridas.
- No se aprecia deterioro cognitivo que impida poder hacer entrevista para indagar sobre el tema del maltrato debido a la valoración psicológica y física. Se adaptará el lenguaje a la paciente, se utilizará la empatía y la comunicación verbal adecuada.

Por ejemplo, Ana, estamos aquí para ayudarte, necesitamos saber cómo te has hecho las marcas que tienes en las muñecas y los golpes de los brazos.

- Después de un tiempo, Ana verbaliza que vive con su hijo Antonio, de 45 años, que llega sobre las cinco de la tarde.
- Refiere que tiene otro hijo que vive en Asturias, que no conoce su situación porque no quiere preocuparle y Antonio no quiere que cuente nada porque amenaza con llevarla a una residencia.
- Manifiesta sentirse sola, y verbaliza "no salgo nunca a la calle", "mi hijo está muy ocupado", "dice que me ata por mi bien, porque como no le hago caso, me levanto y me caigo", "se enfadará mucho cuando se entere de que me caí por no hacerle caso", "es todo culpa mía", "enseguida me salen morados en la piel, pero no es nada, hago enfadar a mi hijo y se pone nervioso", "yo creo que toma algo, pero me dice que no, hace tiempo estuvo consumiendo droga", "me llama tonta e inútil".
- Refiere que no quiere que digamos nada al hijo de lo que nos ha contado.
- Refiere que su hijo la da de comer cuando llega de trabajar, presenta poca higiene y olor a orina.

- Valoración del hogar

- El domicilio está algo sucio y sobre todo desordenado.
- Ana refiere estar casi todo el día sentada en una butaca que le compró su hijo, Antonio la sienta sobre las nueve de la mañana, cuando se marcha a trabajar, y la ata para que no se levante y no se caiga cuando él no está. Hoy se olvidó de hacerlo.
- Refiere que ella misma se controla la medicación. Lleva pañal para no tener que ir

al baño.

C) *Fase de intervención*

- Tras valoración sanitaria se curan las heridas que presenta y se decide el traslado al hospital, por sutura de herida y estado de deshidratación y desnutrición.
- Intervención psicológica facilitando la expresión de sentimientos, normalizando sintomatología que presenta, reestructuración cognitiva sobre ideas y pensamientos de culpabilidad sobre maltrato.
- Se explica situación de maltrato en la que se encuentra y su traslado al hospital, así como la necesidad de informar a los servicios sociales.
- Se realizará informe de asistencia sanitaria y psicológica.

D) *Notificación del maltrato*

a) Datos de la asistencia:

- Fecha y hora: 2-07-2011. Hora: 14:25 h
- Lugar de la intervención: C/ Mar Bravo n.º 4, 3A

b) Datos del mayor:

- Nombre y apellidos: Ana L. M.
- Edad: 83 años
- Domicilio: C/ Mar Bravo n.º 4, 3A
- Teléfono: 925xxxxxx
- Convive con hijo Antonio H. L.
- Nacionalidad: española

c) Datos del cuidador: no se encuentra presente en el momento de la intervención

- Nombre y apellidos: Antonio H. L.
- Edad: 45 años
- Nacionalidad: española

d) Motivo de la asistencia

- Quién demanda asistencia: vecinos del piso 3.º B, refieren que su vecina está gritando y llorando. Manifiestan que frecuentemente escuchan gritos en casa y creen que pasa mucho tiempo sola. Llevan poco tiempo viviendo allí por lo que no conocen muy bien la situación de Ana, la han visto pocas veces.
- Situación en la que se encuentra a la llegada de la asistencia: se encuentra tirada en suelo del baño, presenta contusiones y una herida en la frente que necesita sutura.

e) Historia de maltrato

Se aprecia situación de maltratos físico y psicológico, negligencia en su cuidado y falta de supervisión. No es algo puntual sino que lleva tiempo ocurriendo.

f) Datos de valoración

- Valoración sanitaria: presenta varias contusiones en miembros inferiores y en el brazo derecho debido a la caída, una herida en la frente, que necesita sutura, que se hizo al golpearse con el lavabo. Presenta importante estado de deshidratación y desnutrición aunque en menor grado.

- Marcas en muñecas por ataduras, derrame en ojo izquierdo. Confusa.
- Presenta problemas de movilidad y necesita ayuda para poder desplazarse.
- Se aprecian distintas heridas y contusiones en brazos y espalda de diferente grado de evolución.
- Valoración psicológica: se aprecia ansiedad, aislamiento social, temor al hablar del cuidador, es el hijo, autoculpabilización del maltrato, sentimientos de tristeza y baja autoestima. Disculpa el maltrato. Miedo al hablar del maltrato. Refiere recibir insultos y desvalorizaciones por parte del hijo.
- Negligencia en cuidado y supervisión: higiene descuidada (pelo sucio, aspecto sucio, olor a orina) inmovilización frecuente durante muchas horas, come a las cinco de la tarde y no bebe líquidos.
- Valoración del hogar: sucio y desorganizado. Un único cuidador. Aparentemente sin problemas económicos.

g) Intervención realizada

Tratamiento de heridas y traslado al hospital.

h) Otros datos

Figurarán en la notificación los profesionales que han intervenido

CONCLUSIÓN

El objetivo principal de la intervención de emergencias en un caso como el planteado es detectar la situación y poner en marcha las medidas de cuidado y protección necesarias en primera instancia, siempre con la finalidad de que la persona mayor tenga cubiertas todas sus necesidades para asegurar una buena calidad de vida.

8

Comunicación de malas noticias y apoyo temprano en el duelo

"Si quieres ser sabio, aprende a interrogar razonablemente, a escuchar con atención, a responder serenamente y a callar cuando no tengas nada que decir".

J. Kaspar

A las 5 de la mañana, se recibe un aviso en el que se informa de que hay un accidente de un vehículo que ha chocado contra el pilar de un puente de la circunvalación y el vehículo se encuentra volcado. El resultado de este accidente es una víctima mortal. Al domicilio del fallecido se dirige una unidad de apoyo psicosocial y dos policías.

Una mala noticia es aquella que supone siempre consecuencias negativas, aquella que altera las expectativas y planes de futuro de quien la recibe y aquella que en sí supone el inicio de una crisis vital para el individuo.

Dentro del ámbito de las emergencias, existe una función muy frecuente para el personal sanitario (médicos o psicólogos, principalmente) y no sanitario (policías, guardia civil, etc.) que es el comunicar una mala noticia a familiares o allegados, siendo la más frecuente y a su vez difícil, comunicar el fallecimiento de un ser querido. En este escenario, la comunicación de una mala noticia viene caracterizada por darse en un entorno de elevado impacto emocional tanto para los pacientes como para los profesionales, con una solicitud de ayuda y atención inmediata, exigiendo al profesional que ponga en marcha todas aquellas estrategias y recursos de los que dispone (Pacheco, 2006).

La tarea de comunicar malas noticias no es fácil para ningún profesional e incluso es considerada para muchos la tarea más difícil (Bernardo y Brunet, 2010) y además es una tarea para la que normalmente el personal de emergencias recibe poca o nula formación. Por tanto, el objetivo del presente capítulo será revisar cuáles son aquellas habilidades

que todo profesional ha de desarrollar para realizar una adecuada comunicación de malas noticias y apoyo inmediato en el inicio del proceso de duelo, con el fin último de reducir el impacto que supone la información y permitir un adecuado afrontamiento del suceso.

8.1. Reacciones ante la comunicación de una mala noticia

La comunicación de una mala noticia produce en el interlocutor y en el receptor de la noticia una serie de reacciones que interfieren o facilitan el propio proceso de la comunicación y el afrontamiento de la noticia. A continuación se va a realizar una revisión de éstas.

8.1.1. Influencia del bagaje personal y actitudinal del profesional

Cuando un profesional ha de comunicar una mala noticia (el fallecimiento de una persona, un diagnóstico grave, un mal pronóstico, etc.) se activan una serie de procesos internos en este que van a determinar en gran medida cómo se realice la transmisión de la información y el apoyo posterior a la persona que la recibe.

"Cuando tengo que ir a un domicilio a decir que un familiar ha fallecido deseo a veces que no estén para no hacerlo", "cuando doy una mala noticia quiero que el tiempo pase rápido", "cuando doy una mala noticia pienso en cómo reaccionaría yo". Estas, entre otras verbalizaciones, pueden ser ejemplos de lo que los profesionales que deben hacer esta tarea pueden pensar antes o durante la misma. Es decir, siempre una comunicación de este tipo generará algo en el profesional, llevándole a reacciones adecuadas y de normalidad o a reacciones negativas, pasivas o inadaptadas a la situación. Entre las últimas encontramos (Muñoz *et al.*, 2001):

- Huida o evitación: profesionales que en la medida de lo posible evitan dar la información y, si es posible, delegan la tarea en otros (por ejemplo, una mujer de 70 años a la que tras las pruebas realizadas se le detecta un tumor y el facultativo de referencia le da todos los resultados de las pruebas excepto este, decidiendo dejar a la familia que sea quien se lo diga).
- Angustia: profesionales en los que en el momento de la comunicación aparece elevada activación psicofisiológica que impide comunicar adecuadamente el mensaje (les tiembla la voz, no encuentran las palabras para decirlo, etc.).
- Ideas de referencia: cuando una experiencia pasada parecida o la posibilidad de que ocurra interfiere en la comunicación por una elevada implicación emocional (por ejemplo, profesional cuyo familiar falleció de la misma forma y el recuerdo de su experiencia entorpece la comunicación).

- Distanciamiento: actitud fría y distante del profesional con respecto al interlocutor como forma de actuar y que supone normalmente una barrera emocional.
- Finalización rápida: principalmente se produce en aquellos profesionales a los que les produce tanto malestar realizar esta tarea que quieren terminar cuanto antes, normalmente dan el mensaje sin pararse a valorar la reacción de la otra persona, si tiene dudas, preguntas e incluso para apoyar.

Todas estas reacciones no van a ser otra cosa que las barreras que el propio profesional se crea, tratando de hacer ver que "así es como el familiar lo quiere oír y así seguro que se le causará menos dolor con la noticia".

Duque *et al.* (2008) exponen el relato de la experiencia de una persona que sufrió un accidente de tráfico, así como la incapacidad de los profesionales para informar de lo que había sucedido:

"...Yo iba conduciendo, parpadeé y desperté en una ambulancia. No hay nada en medio. Abrir los ojos y estar en otro sitio, un sitio que no es bueno, en el que no deseas estar y separada de ellos. Ahora sé que la diferencia entre estar vivo o muerto es un parpadeo, un instante, no se ve venir, es un segundo que rompe tu vida. Perdí el conocimiento a causa del impacto, y al despertar no entendía absolutamente nada. Necesitas información -las piezas del puzle- no porque estés preparada para unirlos sino porque necesitas algún asidero, algo que te ayude a entender. En primer lugar, el personal que te atiende en un accidente de tráfico (sanitarios, policías bomberos, etc.) tiene mucha más información de la que tiene la persona accidentada, no sólo datos importantes, sino cosas que en principio pueden parecer pequeñas, pero que ayudan a orientarse: la hora que es, dónde estás, dónde vas, qué ha pasado, etc. La desorientación es grande, pero lo más grave es que la persona accidentada sigue funcionando con las mismas pautas y esquemas de pensamiento, aunque en esta nueva situación están desajustados. Eso no significa que dejes de pensar, o que dejes de tener sentido común, sino todo lo contrario, recibes la poca información que te llega y le das vueltas, la gastas de tanto pensarla, intentas encontrarle su significado, más allá de las palabras. Esto es importante porque las palabras que pudieran tener un ánimo de tranquilizar a la persona pueden no hacerlo, especialmente cuando los mensajes que te envían unos y otros son contradictorios entre sí. El hecho de que los profesionales se pongan de acuerdo en qué decir y cómo es muy importante a la hora de comunicarse en una situación así. Es comprensible que en ocasiones no haya tiempo, pero el efecto que produce en la persona atendida puede ser devastador. Las horas siguientes al accidente recibí muchos y muy diferentes mensajes sobre el estado de mi familia. Unos me dijeron que igual que nosotros nos estamos ocupando de ti, otros se están ocupando de ellos, otros que en el hospital en el que yo estaba no había suficiente sitio para los tres. La Guardia Civil me preguntó como si no supiesen nada del accidente, en ningún momento me dijeron que había otro coche implicado que nos sacó de la carretera, e incluso llegaron a decir que en el lugar del accidente no había ninguna otra persona y menos un bebé. Todas estas contradicciones lejos de tranquilizar crean una enorme sensación de inseguridad y de miedo, imaginas lo peor, pero al no tener pruebas lo niegas, y vuelta a empezar de la forma más angustiosa y temible. Supliqué información durante horas. Pero nadie me la dio, así que sabía que la situación era muy grave. Cuando pensaba que habían muerto, me decía a mí misma: no seas dramática, seguro que no, pero estarán graves o a lo mejor como yo y de nuevo volvía a suplicar que me llevaran con mi hijo, que estaría asustado. Cada vez me esquivaban más y yo cada vez tenía que hacer más esfuerzo para convencerme de que no podían haber muerto los dos. En el hospital, me dejaron sola la mayor parte del tiempo. Notaba cómo me esquivaban y sólo hacían acto de

presencia para inyectarme más sedantes y analgésicos, y yo, mientras, intercalaba los periodos de inconsciencia con el miedo y la soledad. Soy consciente de la dificultad de comunicarle a alguien que su familia ha muerto, pero mentir no ayuda, contradecirse, ocultar, esquivar, e incluso zafarse de las preguntas más directas, tampoco".

No es posible una comunicación honesta, sincera, responsable y de ayuda, si no somos conscientes de nuestras propias limitaciones, así como del efecto que tendría si fuera yo el que está al otro lado.

La labor desempeñada tiene que ver con las actitudes que presenta el profesional, ya que la ansiedad ante la muerte está también muy íntimamente relacionada con la historia personal, cultural y con nuestros estilos de afrontamiento ante las separaciones y los cambios, eventos muy unidos a nuestras ansiedades y nuestro miedo a causar dolor, a ser culpado, al fallo terapéutico, miedo a decir "no sé", miedo a expresar emociones, miedo a lo desconocido e incluso a nuestra propia muerte (Alvés, 2003). Existen estudios realizados con profesionales sanitarios donde se analizan las actitudes y miedos ante la muerte, encontrando que presentan actitudes distorsionadas como no querer nombrar la muerte o las patologías "que las atraen", no mirar cara a cara al enfermo o familiar, incongruencias y disonancias entre la comunicación verbal y no verbal, así como el aumento de la atención tecnológica en detrimento de la empático-afectiva (Gala, 2002). Por otro lado, diversos estudios han desvelado que el grupo de médicos es el que menos piensa en la muerte, sin embargo, son los que más la temen (Antonelli, 1990). Todos estos datos nos confirman que no sólo nuestra experiencia o preparación profesional va a ser importante en este proceso, también nuestro bagaje personal y emocional influirá notablemente.

8.1.2. Acogida de la noticia

Hemos visto la parte del emisor, pero ¿qué pasa con el receptor?, ¿la reacción va a ser tan dramática y tan horrible como nos imaginamos? La respuesta es no. Es cierto que en el área de emergencias donde el familiar o allegado se enfrenta a una noticia normalmente inesperada, no predecible, rápida es en muchas ocasiones en el lugar más seguro, su casa, y que todo esto supone una estimulación altamente estresante como para considerar que siempre la persona va a reaccionar de una forma florida o alarmante. Sin embargo, la expresión clínica que encontramos puede ser muy diferente, y variará en función de factores como lo previsible o inesperado del suceso, la relación con el fallecido, la personalidad de nuestro interlocutor y sus experiencias previas, el tipo de muerte (no siendo igual el fallecimiento por parada cardiorrespiratoria en una persona con patología cardíaca que por suicidio), el lugar del fallecimiento, edad del fallecido y las creencias religiosas de quien recibe la noticia. Las reacciones pueden variar en su nivel sin embargo las más frecuentes son (Pacheco, 2009):

- Negación ("no es posible, creo que usted se está confundiendo, no es mi hijo y se trata de otra persona").
- Shock o entumecimiento emocional caracterizado por sensaciones como: paralización, irrealidad y aturdimiento ("sensación de estar en una pesadilla o un mal sueño").
- Impotencia ("no voy a ser capaz de seguir adelante con mi vida").
- Sentimientos de culpabilidad o responsabilidad ("si no hubiera discutido con ella, no habría pasado esto").
- Sentimientos de reproche hacia los servicios de emergencia ("le han dejado morir en la calle como a un perro").

El cómo nos enfrentaremos a estas reacciones individuales del ser humano, será objeto de los siguientes apartados del presente capítulo, no obstante, se deben conocer ciertos factores que los propios implicados o afectados en el proceso de la recepción de la mala noticia y su afrontamiento solicitan: ser informados de la muerte de su familiar o allegado por alguna persona cualificada para esta tarea, tener acceso al cuerpo para poder despedirse y recibir soporte profesional (psicológico y legal).

8.2. Variables involucradas en el enfrentamiento

Esther está en su domicilio esperando que su marido llegue de trabajar, son las 10 de la noche, su hija de 5 años duerme. Suena el timbre, es la policía y unos psicólogos. Se le comunica que ha habido un accidente de tráfico y que su marido ha fallecido. No sabe qué hacer ni a quién llamar. Ese día le cambia la vida, se le rompe la vida, pero lo que más preocupación le produce en los primeros minutos es ¿cómo le dice a una niña que su padre ha muerto y que no le va a ver nunca más?

8.2.1. *Ciclo vital*

Un componente fundamental a la hora de comunicar una mala noticia va a ser la edad o ciclo vital en el que se encuentra nuestro interlocutor, no siendo igual que la comunicación se realice a un niño, un adulto o un anciano. No existen frases mágicas que quiten la tristeza que ahoga, ni medicinas que eliminen el dolor tan grande que produce una noticia así pero sí que existen pautas para saber qué hacer o qué cosas es preferible evitar (ver [cuadro 8.1](#)). Cuando la tarea es comunicar una mala noticia a un niño, en primer lugar se debe procurar que esta comunicación la realice alguien cercano al menor (por ejemplo, si han fallecido las dos

Cuadro 8.1. Pautas en la comunicación de malas noticias a menores

-
- Evitar dejar "para más adelante" por miedo a la reacción o a no saber qué decir.
 - Comunicarlo con naturalidad, sin crear situaciones solemnes ni con un dramatismo añadido.
 - Evitar eufemismos (palabras que suavizan la realidad): del tipo "pérdida", "se fue", "se lo han llevado", "ha desaparecido", "se ha ido de viaje", "ha pasado a mejor vida". Es mejor evitarlos pues estimulan los miedos que tienen los niños a ser abandonados, crean secretos familiares, ansiedad y más confusión.
 - Comunicar los hechos tal y como han sucedido, evitando detalles innecesarios y asegurándose que el menor ha comprendido lo que se le ha dicho.
 - Evitar no dar explicaciones de lo ocurrido: si no se facilita información, el niño la crea. Por ejemplo, es importante que se desculpabilice desde el principio, ya que es frecuente que los niños para entender lo que ocurre creen por sí mismos explicaciones al suceso que muchas veces están marcadas por la culpa o responsabilidad propia ("papá ha muerto porque hoy me he portado mal...").
 - Evitar por parte de los adultos controlar al máximo los sentimientos que genera la situación.
 - Transmitir claramente al niño que el fallecido no va a volver.
 - Es aconsejable que formen parte de los ritos funerarios de despedida, evitando la visión directa del cadáver y las primeras manifestaciones y explosiones de dolor.
 - Ofrecerle apoyo emocional y seguridad.
-

figuras parentales, debe ser el familiar más cercano y con mayor contacto con el menor como abuelos, tíos, etc.), realizándose si es necesario con el apoyo de un profesional y siguiendo una serie de pautas que se van a revisar a continuación. Por muy buenos profesionales que seamos, el mejor apoyo en ese momento va a ser una cara conocida, por lo que si es posible debemos conseguir que así sea.

La comunicación con el menor ha de ser sincera, con palabras sencillas, apropiadas a su edad, nivel de comprensión y desarrollo (ver [cuadro 8.2](#)), mostrando serenidad y afecto, siendo pacientes a la hora de comunicar y estando preparados para repetir toda la información que sea necesaria, asegurándonos de que el niño comprende lo que se le está diciendo. Así mismo, se realizará en un espacio en el que el niño pueda expresar libremente su tristeza o dolor por lo sucedido. Un error común entre los adultos es creer que contener las emociones en presencia del niño siempre es algo positivo, cuando en realidad lo que le estamos enseñando es que ante el dolor o los sucesos negativos de la vida uno debe contener aquello que siente, por tanto, en el caso de que sea un adulto de referencia quien realice la comunicación, se le recomendará evitar querer controlar continuamente los sentimientos, ya que es más adecuado facilitar la expresión de los mismos.

Cuadro 8.2. Desarrollo del concepto de muerte

ANTES DE LOS 4 AÑOS:

- Se desconoce el concepto de muerte a esta edad.
- Con menos de 18-24 meses no entienden que un objeto físico tiene una existencia separada de su percepción sensorial y su manipulación.
- Antes de los 2 años se habitúan al cambio y normalizan la ausencia.
- Hasta los 4 años entienden la muerte como un sueño o abandono y la persona que falta la cubren con

una mayor demanda del que está con ellos.

ENTRE LOS 4 - 6 AÑOS:

- Muerte como separación de sus seres queridos.
- Fenómeno reversible, el "*para siempre*" no existe.
- Pensamiento mágico confunde fantasía y realidad.
- Su aflicción puede ser intensa, breve y recurrente.
- La pérdida de la madre es especialmente traumática.
- Riesgo a sentirse responsable.

ENTRE LOS 6 - 12 AÑOS:

- Entre 5 y 9 años los niños comprenden mejor pero de forma incompleta la muerte, pueden personificar la muerte como un ser de existencia propia.
 - Grupo vulnerable (5-7 años) porque entienden la muerte pero poseen pocas habilidades de afrontamiento.
 - Se puede percibir la muerte como castigo por malas acciones.
 - Se asocia a causas específicas (p. ej., pistolas, ataque al corazón, vejez).
 - Aparece la curiosidad por ver o saber lo que ocurre después de la muerte.
 - A los 10-12 años pueden sentir que son "diferentes", existe miedo a sentir dolor y expresarlo.
-

Es conveniente que tras la comunicación de malas noticias y apoyo en el inicio del proceso de duelo se asegure que el menor dispone de figuras estables dentro de la familia y se recomienda a éstos que el centro educativo del menor disponga de la información de lo sucedido lo antes posible para realizar un seguimiento del estado del menor, teniendo en cuenta que es normal que en unos primeros momentos del proceso de duelo existan cambios en su conducta (por ejemplo, el menor estará más nervioso y desobediente, dormirá mal o no querrá comer, presentará conductas regresivas, etc.) como respuesta al suceso. Así mismo, es beneficioso para el menor que tenga un espacio y se facilite en todo momento la expresión verbal y emocional sobre la muerte o lo sucedido.

Otra de las poblaciones específicas a la hora de comunicar una mala noticia van a ser los ancianos. Frecuentemente en situaciones de emergencia con muertes repentinas, existe una demanda específica de los familiares de cómo han de comunicar la mala noticia a una persona de avanzada edad. Esta demanda está basada en muchas ocasiones en el miedo a la reacción (por ejemplo, se va a morir cuando se lo diga, no va a ser capaz de soportar otra muerte en la familia, etc.). Es cierto que los ancianos pueden enfrentarse a situaciones de elevado impacto emocional (por ejemplo, perder a la persona con la que convivía desde que era joven, la muerte de un hijo, etc.) y que además son personas que han tenido pérdidas personales múltiples en los últimos años y que no han tenido tiempo de elaborar, así como otro tipo de pérdidas (laborales, económicas, ambientales, disminución de capacidades físicas o cognitivas, etc.), sin embargo, las pautas para comunicar el fallecimiento no van a ser muy diferentes de las que se van a revisar a continuación. Su especificidad en todo caso está en la previsión de una reacción física (por ejemplo, en pacientes con cardiopatía previa), se debe emplear un lenguaje sencillo y adecuado a sus capacidades, así como conseguir lo antes posible que la persona reciba apoyo social conocido como en el caso de los menores.

8.2.2. *Habilidades y recursos de afrontamiento del doliente*

Cuando una persona se enfrenta a una noticia que rompe o rasga su futuro, pone en marcha aquellas estrategias de las que dispone. Ante un problema (laboral, interpersonal, etc.), todos tenemos formas de responder o patrones de conducta, activos o pasivos, pero en mayor o menor medida respondemos a estos problemas. La forma de responder ante una mala noticia va a estar marcada a su vez por aspectos como: experiencias pasadas, estrategias de afrontamiento o mecanismos de defensa empleados, valores y creencias (culturales y religiosas) como moduladores del ajuste psicosocial a la pérdida, cogniciones personales, etc.

Las personas tienden a responder con aquellas estrategias aprendidas o que se pusieron en marcha en otra ocasión, sin embargo, en situaciones de emergencias donde se enfrentan a una situación altamente estresante y nueva, este tipo de estrategias no funcionan y obliga a la persona a establecer nuevas estrategias a partir de recursos nuevos, en el menor de los casos propios, dado el agotamiento psicofísico y más provenientes de recursos externos como el apoyo social (Montoya, 2004).

Los recursos interpersonales son las estructuras sociales que contribuyen al enfrentamiento a la nueva situación (familiares, amigos, vecinos, etc.). Según Montoya, las personas que son psicológicamente estables, con una buena red de apoyo social y síntomas mínimos o bien controlados, tendrán pocas dificultades psicológicas graves en su ajuste a la pérdida y al proceso del duelo; por el contrario, cuando un individuo con pobres recursos, tanto psicológicos como sociales, se enfrenta a la pérdida de un ser querido, la posibilidad de trastornos psiquiátricos es muy alta y es probable que requiera una intervención psicosocial más agresiva. Tales deudos necesitan ser identificados precozmente, suministrándoles el apoyo necesario para reducir el riesgo de descompensación de su frágil equilibrio sociofamiliar. En cualquier caso, este será el recurso que desde el primer momento se debe tratar de activar, ya que va a actuar como colchón ante la experiencia vivida.

8.3. Proceso de comunicación de malas noticias

Como se ha revisado hasta ahora el proceso de comunicar una mala noticia es un proceso multimodal donde existen diferentes variables que interactúan entre sí. Este proceso posee unos objetivos principales dentro del ámbito de emergencias, siendo: minimizar el impacto psicológico de la pérdida repentina e inesperada (por ejemplo, en un accidente de tráfico), ayudar a la persona a poner en marcha in situ habilidades de afrontamiento adaptativas a la situación (por ejemplo, buscar apoyo social inmediato), favorecer el desahogo emocional, apoyar en el inicio del proceso de las tareas de duelo, disminuir la probabilidad de aparición de patologías físicas o psicológicas e identificar factores de riesgo e indicadores de duelo patológico.

Para una adecuada comunicación debe existir una habilidad básica de *saber comunicar* en los profesionales, así como un conocimiento de las pautas técnicas básicas.

8.3.1. Estrategias comunicativas establecidas por los profesionales

El proceso comunicativo que se establece con los familiares o allegados va a ser determinante durante toda la intervención ya que podemos facilitar u obstaculizar la adaptación del sujeto a la nueva situación. Se debe tener en cuenta que la mala noticia va a suponer para quien la recibe una ruptura entre las expectativas que tenía respecto a su futuro antes de recibirla y de aquellas que se generan posteriormente. Gómez - Batiste (1997) señala cuáles son los efectos positivos de una adecuada comunicación: disminuye la ansiedad, así como ciertas conductas disfuncionales; aumenta la capacidad en la toma de decisiones; mejora el proceso de adaptación del paciente a la nueva realidad y favorece el establecimiento de objetivos terapéuticos. Una comunicación poco cuidada o incorrecta por parte del profesional va a añadir elementos estresares o desestabilizadores a una situación que ya de por sí es impactante y estresante. Por ello, el personal sanitario ha de potenciar y entrenar todas sus habilidades comunicativas (ver [cuadro 8.3](#)) con el fin de:

- Disminuir la sensación de incomodidad e inseguridad, fomentando la sensación de control de la situación.
- Facilitar un clima adecuado que permita la expresión emocional y verbal.
- Llegar a entender cómo se siente la otra persona y que así lo perciba (comprender lo que me dice, que dice su mirada y sus gestos).
- Ser capaz de aguantar el silencio o las ráfagas de emotividad, sin sentirse mal.
- Propiciar la neutralidad, sin juzgar ni aconsejar.
- Conseguir la flexibilidad comunicativa a las diferencias étnicas o culturales. Conseguir ser entendidos.
- Regular nuestras propias emociones.

Cuadro 8.3. Habilidades comunicativas implicadas

<i>Aspectos verbales</i>	<i>Aspectos no verbales</i>
Empatía	Contacto visual
Escuchar queriendo comprender	Contacto físico
Preguntar cómo se siente o lo que piensa	Gestos y expresiones faciales
Parafrasear o resumir	Postura física (sin invadir)
Mostrar interés	
Informar	

8.3.2. Modelo de actuación

Existen diferentes modelos de actuación, que sin ser la "varita mágica" que muchos profesionales desearían, son un compendio de pautas adecuadas para no aumentar el impacto o dolor que ya la mala noticia va a generar por sí sola. Buckman (1992) desarrolló un protocolo de comunicación de malas noticias para el ámbito sanitario, basándose en los siguientes objetivos:

- Iniciar la entrevista con un buen contacto
- Descubrir qué es lo que sabe el receptor
- Descubrir qué es lo que quiere saber el receptor
- Dar y compartir la información
- Responder a los sentimientos del receptor
- Realizar una planificación y establecer su seguimiento

Tomando como base este protocolo y adecuándonos a la práctica en el campo de emergencias podemos establecer un modelo de comunicación de malas noticias dividido en cuatro fases:

Fase I: Toma de contacto y evaluación

- Donde el profesional encargado de realizar la comunicación de malas noticias recabará toda la información referente al suceso (qué ha sucedido, número de víctimas implicadas y mortales, allegados o familiares que se encuentran en el lugar, así como saber la información de que disponen, etc.).
- Se realizará una valoración de la escena (ver [Capítulo 2](#)).
- Se establecerá un lugar adecuado con la menor estimulación ambiental posible para la comunicación y se decidirá qué profesional realizará la comunicación de malas noticias.
- Se identificará previamente a qué persona o personas se va a realizar la comunicación, propiciando que se produzca el menor contagio emocional posible. Lo más adecuado es realizar la comunicación a un máximo de dos o tres personas con mayor estabilidad psicológica, sin embargo, la realidad es que en ocasiones nos encontramos con una única persona muy afectada o con grupos familiares muy amplios, donde la mejor estrategia es el control estimular, filtrando a las personas para comunicarles lo sucedido, sabiendo que

cuando los grupos familiares se reúnen tras una pérdida, las emociones fluyen enormemente y en ocasiones nos encontramos con personas que tras haber recuperado un nivel de activación adecuado, cuando se reencuentran con algún familiar vuelven a presentar conductas descontroladas o emociones floridas. En concreto habrá que prestar mayor atención con personas mayores o con patologías específicas donde el exceso de emotividad puede producir complicaciones.

No obstante, independientemente de la reacción que podamos encontrar en los familiares, el profesional ha de tener en cuenta que el objetivo de su intervención no va a ser reducir el dolor ante la pérdida pero sí favorecer el adecuado enfrentamiento ante esta.

Fase II: Comunicación de malas noticias

- El profesional sanitario se identificará, evitando pensar que si lleva un uniforme o distintivo determinado, el interlocutor conoce quién es y lo que hace allí. La presentación por parte del profesional va a ser la base de un adecuado proceso comunicativo, reduce la incertidumbre y facilita la confianza.
- Llamar a nuestro interlocutor por su nombre, solicitando información de si existen más personas en el lugar (por ejemplo, si la comunicación se realiza en domicilio), estado de salud y edades.
- Facilitar que el interlocutor se siente, para contrarrestar posibles reacciones (por ejemplo, un desmayo o mareo) que pueda tener la persona cuando se le facilita la información.
- Comunicar la mala noticia, evitando la ansiedad de espera, es decir, evitando dar vueltas, con comentarios innecesarios sin llegar a dar la información. Para ello, se utilizará la técnica narrativa que consistirá en narrar de forma breve y concisa qué es lo que ha pasado, dónde, quién estaba implicado y cuál ha sido el resultado final: el fallecimiento de una o varias personas, asegurando que se ha hecho todo lo posible para evitarlo. Debemos comunicar el fallecimiento sin dejarnos llevar por nuestras propias resistencias que generan falsas expectativas, evitando verbalizaciones del tipo "su familiar está muy grave" o mover la cabeza dando a entender que no ha sido posible hacer nada. La persona con la que hablamos ha de escuchar qué es lo que ha ocurrido: su familiar ha fallecido. De la otra forma, lo único que se fomenta es que no se ponga en marcha ninguna habilidad de afrontamiento y se genera una irrealidad en el interlocutor.

Un ejemplo: "Marta, ha habido un accidente de tráfico en la carretera de Madrid, donde había implicada una moto y un coche. El conductor de la moto era su hijo Diego. Los sanitarios han hecho todo lo humano y técnicamente

posible, pero siento informarle de que no ha sido posible hacer nada y le tengo que comunicar que su hijo Diego ha fallecido".

- Tras la comunicación, se debe dejar tiempo para la respuesta emocional, preguntas, dudas e incluso momentos de silencio. Debido al malestar que producen estas situaciones, los profesionales en ocasiones y no acertadamente, tienden a utilizar frases de relleno o a minimizar lo ocurrido (por ejemplo, "entiendo perfectamente lo que siente, no se preocupe, tiene que ser fuerte, ahora hay que seguir, etc."). Este tipo de verbalización sabiendo que son formas de "rellenar" momentos de elevada incomodidad, deben evitarse en la medida de lo posible.
- Posteriormente, se confirmará si la persona ha recibido adecuadamente toda la información, identificando si existe amnesia o bloqueo post-información (por ejemplo, pero entonces... ¿está muy grave?), ya que ciertos estudios desvelan que tras un suceso de elevado impacto emocional dicho bloqueo hace que la persona olvide un 40% de la información que se le ha dado.
- Se valorará si es necesario solicitar, en caso de que no se disponga de ello en el momento, un recursos sanitario para realizar el diagnóstico diferencial de patología orgánica-patología psíquica.
- En la medida de lo posible, y siempre que un facultativo así lo considere, se debe evitar una administración injustificada de psicofármacos. Las reacciones emocionales en este caso son normales y sanas, no se deben contener de modo artificial.
- Se evaluarán las necesidades inmediatas que haya que cubrir o apoyar (por ejemplo, búsqueda de apoyo sociofamiliar).
- Se pondrán en marcha estrategias que reduzcan confusión, desorganización, ideas irracionales o conductas desadaptativas (por ejemplo, en la toma de decisiones, ideas de culpa, pegarse contra las paredes, etc.).
- Se facilitará la información que requieran, dando tiempo a preguntas y sin presuponer información que les va a producir ansiedad.

Fase III: Despedida del cadáver

Esta es una de las fases que más polémica trae ya que, por ser una situación altamente emotiva, en ocasiones puede ser entendida como una situación "a evitar". Sin embargo, se sabe que además de que toda persona tiene derecho a ver a su familiar fallecido, es adecuado, ya que facilita la asimilación de lo ocurrido, reduce la negación de la muerte y favorece un adecuado inicio del proceso de duelo. Uno de los factores demostrados que más influyen en el desarrollo del duelo complicado es no ver al familiar fallecido (por ejemplo, cuando el cadáver ha desaparecido). Esta es una cuestión muy debatida que quizá puede resolverse a través de la empatía y contestando a esta pregunta

¿si fuera mi familiar yo qué haría, cómo me sentiría si personas ajenas a mi vida me impidieran ver y despedirme de mi familiar? Evidentemente habrá respuestas en los dos sentidos, pero de lo que no cabe duda es de que un profesional de la emergencia no debe creerse con el poder de decidir en una cuestión tan íntima y personal y que realmente le es ajena.

Por tanto, siempre que las circunstancias lo permitan y de forma inmediata al fallecimiento, se debe permitir la despedida del fallecido, siguiendo las siguientes pautas:

- Los profesionales sanitarios que hayan atendido a la persona fallecida, han de preparar el cadáver de forma que su visión sea lo menos impactante posible.
- El profesional ha de anticipar la dureza de la imagen en forma de "visualización". Para ello, el profesional describirá cómo está colocada la persona, si está tapada y con qué, qué lesiones puede que estén visibles, etc. El objetivo último de esta breve visualización en imaginación será reducir al máximo el impacto de la imagen real, así como reducir que esta imagen sea tan impactante como para producir que la persona la repita a modo de flashback en el futuro. De esta misma forma actuaríamos en el reconocimiento de objetos de una persona fallecida (anticiparíamos cómo están organizados los objetos y cómo va a ser el proceso de reconocimiento).
- En caso de que el cuerpo presente un aspecto muy deteriorado, no se debe impedir su visualización, el profesional puede aconsejar no verlo en ese momento por el impacto que puede suponer, pero nunca decidir por la persona. La despedida puede posponerse a un lugar como un tanatorio.
- Se dará la indicación de que no se puede mover el cuerpo del sitio y se permitirá el contacto físico con su ser querido, siempre y cuando las autoridades competentes presentes den su permiso, teniendo en cuenta que los casos que nos encontramos en el área extrahospitalaria normalmente tienen carácter judicial.
- Siempre debe haber un profesional que acompañe en la despedida. Esto supone enfrentarse y trabajar con una serie de reacciones nada fáciles de manejar que pueden aparecer en el paciente. Una vez controladas las primeras reacciones, el personal de emergencias debe ocupar un segundo plano para favorecer este momento íntimo, indicando a los afectados que se está disponible para lo que puedan necesitar.

Fase IV: Cierre de la Intervención

Para finalizar la intervención, el profesional ha de asegurarse de que todas las dudas han sido resueltas; el estado emocional de las personas que se encuentran en el lugar del suceso es aceptable, es decir, las emociones más intensas están controladas, existe un

apoyo social adecuado y poseen información verbal y escrita respecto a qué trámites burocráticos han de realizar a partir de ahora, puesto que la mayoría de las personas no saben qué hacer cuando un familiar fallece, por ejemplo, en la vía pública.

8.3.3. *Situaciones específicas*

Como se ha visto hasta ahora la comunicación junto con la relación de ayuda son herramientas esenciales para disminuir el impacto emocional que supone la muerte de un allegado, poder satisfacer las inquietudes propias de los familiares tras la muerte y superar las dudas que puedan surgir.

Existe una situación específica dentro de la comunicación cuando se trata de una persona cuyo familiar podría ser un posible donante de órganos. En este caso, otro de los objetivos a lograr será alcanzar resultados óptimos ante las actitudes ambivalentes que pueden aparecer en los familiares potencialmente donantes, ya que una comunicación incorrecta e inadecuada y una relación terapéutica deficitaria pueden derivar en una rotunda negativa a la donación.

El proceso de comunicación podrá ser el mismo que se ha descrito, siempre teniendo en cuenta lo siguiente: se debe proporcionar intimidad, permitir a los familiares que puedan ver al fallecido siempre que sea posible, informar y responder todas las dudas que surjan, y explicar en términos médicos utilizando un lenguaje sencillo y adaptado al interlocutor para explicar el concepto de muerte cerebral.

En el campo de las emergencias, y debido a la premura que supone todo el proceso de la donación, en la mayoría de las ocasiones los familiares viven una comunicación de una muerte repentina y pocos minutos después se les plantea la opción de donación. Al tratarse de una situación de elevado impacto emocional, se considera que se deben seguir unas pautas específicas a la hora de plantear la donación, siendo estas:

- Se deben estudiar las opciones de donación de órganos antes de formular la petición.
- No es conveniente hablar nunca de la donación antes de que la familia haya entendido que su ser querido ha fallecido.
- Se debe conceder tiempo para la asimilación de la pregunta.
- Es adecuado proporcionar información de forma gradual sobre las posibilidades de donación y receptores potenciales, así como qué sucederá con el cuerpo, si se accede a la donación.
- Facilitar que pregunten o expongan sus dudas, temores o preocupaciones.
- No presionar con el tiempo para pensar en la donación.
- Hay que respetar su decisión.

Saber comunicar y escuchar en el desarrollo de la comunicación de malas noticias no

es una tarea fácil, pero sí necesaria para alcanzar buenos resultados en la ayuda y apoyo a los familiares ante la pérdida de un ser querido. Así mismo, la coherencia de la información proporcionada y el interés hacia los cambios emocionales que se producen en estas situaciones puede conducir a la obtención de un mayor número de donaciones de órganos y tejidos en condiciones de ser trasplantados (Ruiz y Rodríguez, 2002).

8.4. Apoyo temprano en duelo

El duelo es un estado de pensamiento, emociones y actividad que se produce ante la pérdida de un ser querido o cosa amada, asociándose a síntomas físicos y emocionales. Es inicialmente un proceso normal y adaptativo por el que pasa una persona que sufre una pérdida. La duración de este proceso, así como la toma de conciencia y afrontamiento de lo sucedido variará notablemente de una persona a otra, se trata de un proceso único y personal.

Montoya Carrasquilla (2004) define el duelo de la siguiente forma:

En ninguna otra situación como en el duelo, el dolor producido es TOTAL: es un dolor biológico (duele el cuerpo), psicológico (duele la personalidad), social (duele la sociedad y su forma de ser), familiar (nos duele el dolor de otros) y espiritual (duele el alma). En la pérdida de un ser querido duele el pasado, el presente y especialmente el futuro. Toda la vida, en su conjunto, duele.

El proceso de duelo implica atravesar unas fases y tareas a nivel individual, ya que si no podremos encontrarnos con un duelo complicado. Las tareas del duelo las podemos resumir en aceptar la realidad de la pérdida, trabajar las emociones y el dolor de la pérdida, adaptarse al medio sin el fallecido y recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo (Worden, 1997). Basándonos en la descripción clínica más precisa de lo que constituye una definición de duelo, encontramos en la obra de S. Freud (1973) que las características del duelo normal son la reacción ante la pérdida de un ser querido, afecto normal paralelo a la melancolía o depresión, sin verse afectada la autoestima, lo que conlleva al sujeto a la convicción de ser castigado por una culpa cometida; a diferencia de esto, el duelo complicado además presenta un estado de estrés y depresión que persiste tras un año de la pérdida. En este caso, la persona se encuentra desbordada, recurre a conductas desadaptativas o permanece inacabablemente en este estado sin avanzar en el proceso de duelo hacia su resolución. Implica procesos que no van hacia la asimilación o acomodación si no que, en su lugar, llevan a repeticiones estereotipadas o a interrupciones frecuentes de la curación. Un ejemplo de estas conductas puede ser no querer desprenderse de las cosas del fallecido y dejar todo como lo dejó, acudir todos los días al cementerio con la consecuente pérdida de la vida que se llevaba antes, culparse continuamente por la muerte de su ser querido, impulsos destructivos hacia uno mismo u otros como a los profesionales que trataron a su familiar.

Otro de los factores importantes que el profesional ha de tener en cuenta en el

proceso de comunicación de malas noticias es que la propia comunicación activa por sí misma el inicio del proceso de duelo y todas las estrategias citadas a lo largo del presente capítulo forman parte ya del apoyo psicosocial que es necesario como apoyo temprano en el proceso de duelo.

Como profesionales que nos enfrentamos a este primer momento del proceso, debemos prestar atención principalmente a ciertos predictores de riesgo de duelo complicado (Lacasta, 2004):

- Factores relacionales (por ejemplo, pérdida de figuras paternas o maternas en edad temprana, relación dependiente respecto del fallecido, relación ambivalente).
- Factores circunstanciales (por ejemplo, pérdida súbita por accidente, homicidio o suicidio, juventud del fallecido, no recuperación del cadáver, muerte estigmatizada).
- Factores personales (por ejemplo, edad, escasas habilidades de autocontrol del estrés, problemas de salud física o mental previos, duelos anteriores no resueltos, reacciones inmediatas de rabia, odio o culpa muy intensas, valoración subjetiva de escasos recursos para hacer frente a la nueva situación).
- Factores sociales (ausencia de apoyo social, recursos económicos escasos, responsabilidad del cuidado hijos pequeños).

En este momento, será tarea nuestra no la de diagnosticar un duelo complicado, ya que nos encontramos en los momentos iniciales, pero sí la de detectar estas señales y reflejarlo donde sea oportuno, para tomar las medidas que sean necesarias en un futuro inmediato por parte de familiares o profesionales. En este caso, será necesario realizar un seguimiento posterior para conocer la evolución de la persona, conocer en qué tarea del proceso de duelo e identificar si es necesaria atención especializada.

Según ciertos estudios, el duelo dura entre seis meses y un año, algunos signos y síntomas pueden persistir mucho más y es posible que algunos sentimientos, conductas y síntomas relacionados con el duelo persistan durante toda la vida. Los duelos normales se resuelven y los individuos vuelven a su estado de productividad y de relativo bienestar. Por lo general los síntomas agudos del duelo se van suavizando, y entre el primer y segundo mes posteriores a la pérdida, la persona en duelo es capaz de dormir, comer y volver a realizar las actividades cotidianas (Kaplan, 1999).

8.5. Conclusiones

Recibir una mala noticia supone el inicio de una crisis vital para la persona que la recibe.

La comunicación de malas noticias se convierte en "el arte de comunicar" atendiendo a qué "público" va dirigido (adultos, niños y adolescentes o ancianos) y realizado a través de pautas o estrategias específicas.

El objetivo de una adecuada comunicación de malas noticias no es reducir el dolor o tristeza que aparece en la otra persona.

Se debe facilitar la despedida del cadáver siempre que sea posible. Es un factor determinante para un adecuado proceso de duelo.

Desde el área de emergencias se cubre la función preventiva de detección de un posible duelo patológico o complicado.

Caso práctico

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se solicita una ambulancia porque un varón de 66 años ha sufrido un desmayo. A la llegada de la ambulancia se confirma que es una parada cardiorrespiratoria.

En el lugar se encuentra con esta persona su hija Cristina de 31 años. Esta refiere que acaban de salir de la consulta del médico de cabecera porque han ido a por la medicación del padre como de costumbre. Refiere que su padre ha comido mal, que llevaba varios días con dolor de espalda y que estaba cansado pero que ha insistido en ir al médico por la tarde. Tiene antecedentes cardíacos y fuma mucho.

Tras más de 40 minutos de reanimación, el hombre fallece.

ACTUACIÓN REALIZADA

a) *Valoración realizada*

En primer lugar, se apartará en la medida de lo posible a la hija, siempre permitiendo que pueda ver lo que ocurre y se le preguntará por los antecedentes clínicos del paciente (patología previa, medicación, etc.), los cuales se transmiten a los sanitarios.

por otro lado, es fundamental proporcionar información a la hija en todo momento sobre el estado de gravedad de su padre y de las maniobras que se están realizando ("su padre está en parada cardiorrespiratoria, ¿sabe qué significa esto"? Ahora los sanitarios están poniendo en marcha todas las maniobras necesarias para que el corazón responda).

Al mismo tiempo se valora a la hija atendiendo a las reacciones inmediatas en el área cognitiva, fisiológica, motora y emocional. En este caso presentaba:

- Verbalizaciones: "no teníamos que haber salido de casa", "si le pasa algo, me muero", "mi padre no se puede morir".
- Temblores e hiperactividad.
- Hiperventilación.
- preguntas constantes: "¿está mejor?", "¿pero está consciente?".
- Llanto.
- Tristeza y ansiedad.

También se deben valorar los antecedentes clínicos, sucesos vitales estresantes y apoyo social de la

hija, que son:

- Refiere que toma medicación porque en ocasiones sufre crisis de ansiedad.
- Tiene problemas laborales y económicos, lo cual le ha hecho que tenga que ir a vivir de nuevo con sus padres y con su abuela paterna.
- Tiene dos hermanos mayores que están casados y viven en la ciudad. Uno de ellos tiene un niño de 5 años.

b) *Pautas y técnicas de intervención*

Una vez determinado que el paciente ha fallecido, el médico responsable de la intervención se dirigirá a Cristina para informarla:

"Buenas tardes Cristina, soy el Dr. García, la persona que ha atendido a su padre. Por favor, vamos a sentarnos aquí para poder hablar. A nuestra llegada su padre se encontraba en parada cardiorrespiratoria como le han informado mis compañeros. Hemos hecho todo lo posible pero lamentablemente le tengo que comunicar que su padre ha fallecido".

En este momento se deja espacio para la expresión emocional (llanto, gritos, negación, etc.). Se facilitará expresión emocional y verbal, se darán pautas para control de hiperventilación y se dará tiempo para preguntas y dudas al respecto (¿necesita algo?, ¿tiene alguna duda o pregunta que hacerme?).

Posteriormente se debe apoyar en la búsqueda de apoyo social (familiar, amigos, etc.) que puedan venir al lugar para que no esté sola.

A todas las personas que acudan al lugar, se las informará de lo sucedido y se seguirá la misma intervención que con la hija.

El cuerpo se prepara para que su visualización no sea impactante y se le ofrece a la hija la posibilidad de despedirse de él y acepta ("Cristina, mis compañeros están preparando a tu padre por si quieres despedirte de él. Nosotros vamos a acompañarte si así lo deseas. Es importante que sepas cómo lo vas a ver, está en el suelo, tapado con un papel de color oro, le vas a ver como si estuviera dormido y le vamos a destapar la cara y las manos. Cuando tú quieras, vamos". Se dejará un momento de intimidad con el familiar y posteriormente se le acompañará a un lugar apartado.

Al mismo tiempo se van a dar repuestas de negación ("no puede ser, es que no me lo creo...") e ideas de culpa ("no le tenía que haber hecho caso, nos teníamos que haber quedado en casa y no habría pasado nada"). Este tipo de reacciones inmediatas son normales, sin embargo, a lo largo de la intervención se trabajará la asunción de la realidad y el primer afrontamiento de lo ocurrido. Para reducir la negación se hablará siempre en pasado cuando se habla del fallecido y se reformulará lo que dice si habla en presente (por ejemplo, "mi padre siempre es muy cariñoso conmigo" - "¿tu padre era muy cariñoso contigo?").

Se informará a la familia de los trámites a seguir al haber fallecido en vía pública (levantamiento del cadáver por un forense, establecimiento de autopsia y trámites en seguro de decesos, etc.).

Por otro lado, una de las demandas concretas de la familia es cómo se lo van a decir a la abuela (madre del fallecido) y al nieto de 5 años del fallecido. Se dan pautas específicas de forma verbal y también por escrito si fuera posible.

Se informará también de las reacciones de duelo a corto y medio plazo, así como de aquellas señales que pueden indicar que se acuda a atención especializada.

se finaliza la intervención cuando las reacciones no son agudas e intensas, el apoyo social es adecuado y tienen disponible la información necesaria.

CONCLUSIÓN

Es importante que en la comunicación de malas noticias exista un espacio adecuado y tiempo para realizarlo, evitando dar la información con prisa para terminar.

La fase posterior es crucial para el afrontamiento y los profesionales deben seguir pautas básicas y sencillas como las descritas para un adecuado apoyo del inicio del proceso de duelo.

9

Accidente de múltiples víctimas

*"No te preguntes por qué la gente se vuelve loca.
Pregúntate por qué no lo hacen.
Con lo que puedes perder en un día, en un instante, pregúntate qué nos mantiene de
una pieza".*

Anatomía de Grey (4.15)

09:00 horas, viernes por la mañana, 47 niños suben al autobús que va a llevarlos a pasar el fin de semana a los Picos de Europa. Dicen adiós a los familiares que han ido a despedirlos y el autobús inicia la marcha. 12:35 horas, el conductor de una furgoneta pierde el control atravesando la mediana, al conductor del autobús no le da tiempo a reaccionar y al ver que se le echa encima la furgoneta trata de evitarla y da un volantazo. La furgoneta golpea contra el lateral izquierdo del autobús que termina perdiendo el control, saliéndose de la calzada, volcando y desplazándose unos metros terraplén hacia abajo. Los niños iban desprevenidos, unos cantando, otros charlando y otros escuchando música. A causa del trágico accidente, mueren en el acto el conductor del autobús, la cuidadora y 19 niños, 9 más quedan con heridas muy graves. El conductor de la furgoneta queda muy mal herido y atrapado entre los restos del vehículo. Los conductores de los otros vehículos dan aviso al 112 e intentan ayudar; algunos han quedado tan impresionados que se han quedado aturdidos y son incapaces de reaccionar. Se activan las alarmas y se desplazan hasta el lugar la Guardia Civil, los bomberos y los equipos de emergencias. Las emisoras de radio y la televisión dan la noticia. Los familiares se desplazan hasta el lugar de los hechos. El alcalde de la localidad donde han sido trasladados los sobrevivientes y donde han decidido que se instale el mortuario solicita equipos de apoyo psicológico a la delegada del gobierno. Este accidente ficticio podría ser el comienzo real de este capítulo donde se tratará de analizar las estrategias más adecuadas desde una perspectiva multidisciplinar.

9.1. Aspectos generales de los accidentes de múltiples víctimas

El 11-S, el 11-M, el accidente aéreo del aeropuerto de Barajas, la riada de Biescas, etc. son algunos de los sucesos de emergencia colectiva a los que ha habido que responder en los últimos años. Estos sucesos inesperados, de aparición brusca y de efectos indeseados para la comunidad son un constante en la historia de la humanidad. Cambian las causas que generan las crisis en función del nivel de desarrollo y grado de preparación de la zona y de su contexto específico, pero las crisis y sus efectos son una constante. Una preparación y planificación adecuada de la respuesta minimiza los efectos adversos sobre la comunidad, y es la herramienta básica para poder controlar en el menor tiempo posible y de forma eficiente estos incidentes (Martin, 2008). La actuación coordinada e integrada ante estas situaciones es básica y necesaria para conseguir disminuir la morbi-mortalidad derivada de estos sucesos, pero esta respuesta debe estar diseñada, planificada, entrenada y evaluada (Zoraster, 2005), no podemos ni debemos esperar la respuesta automática del sistema (Martin, 2006), o confiar en el buen hacer de los profesionales que ese día tengan la responsabilidad de brindar una solución adecuada y proporcional al problema, más aún, las crisis son tiempo-dependientes, lo que implica una necesaria profesionalización de los medios humanos y técnicos para resolver de una forma óptima los incidentes generados y las contingencias no planificadas que puedan ir surgiendo.

9.1.1. Definición y aspectos generales

Desde un punto de vista sanitario, un Accidente de Múltiples Víctimas (AMV) es un suceso inesperado y repentino en el que se producen daños a las personas y donde los servicios de emergencias locales no tienen capacidad de controlar el suceso durante los primeros quince minutos desde su instauración. Inicialmente el sistema está desbordado, pero se supera la situación con el colectivo ordinario. AMV también es llamado IMULE que equivale a incidente con múltiples lesionados.

Se clasifican según su origen como:

- Naturales: tienen un origen en los fenómenos naturales (incendios, tormentas, terremotos, huracanes, inundaciones, etc.).
- Origen humano: son resultado de conductas o actividades humanas, distinguiéndose los accidentales (por ejemplo, manifestaciones, conciertos, y eventos deportivos) y los intencionados (por ejemplo, terrorismo, incendios provocados, sabotajes o robos).
- Tecnológicos: son todos los tipos de accidentes en industrias o en transportes (por ejemplo, accidentes de tráfico).

Y según el agente causal como:

- Físicas: causadas por el frío, el calor, etc.
- Químicas: cuando hay un agente químico contaminante en el medio.
- Biológicas: provocado por la contaminación con un agente bioquímico (por ejemplo, ántrax).
- Sociopolíticas: como manifestaciones, disturbios urbanos, terrorismo, etc.

La OMS establece que el objetivo de los servicios de emergencia en estos casos será salvar vidas y reducir el sufrimiento. Por ello, para hacerse con el control de la situación hace falta poner en práctica ciertas medidas de intervención sanitaria y psicosocial inmediata porque el proceso habitual de atención a las víctimas se ha visto impedido. El proceso de intervención que en la emergencia cotidiana se pone en marcha se basa en que cada paciente puede ser atendido de manera individualizada, sin embargo, en situaciones en las que el sistema está desbordado esta individualización no es posible, por lo que hay que pensar en las víctimas como un único grupo. Por tanto, el objetivo fundamental de este tipo de intervención es priorizar.

En este contexto, la víctima es la persona que sufre pérdida de salud, en su aspecto físico, psíquico y social, a causa de un accidente que necesita de atención sanitaria y psicosocial inicial para restaurar esa condición. Siendo la característica más importante ser un suceso limitado en el tiempo y el espacio. Estas características lo convierten en una *emergencia limitada* (ver [cuadro 9.1](#)).

Cuadro 9.1. Características específicas de los AMV

<i>Características</i>	<i>Descripción</i>
Número indeterminado de heridos	Hay sucesos que no producen heridos, pero que producen otra serie de desperfectos en bienes o en la sociedad. Para que exista un AMV es necesario que se produzca un evento con varias personas que deban recibir atención inmediata.
Extraordinario	El número de heridos para que sea considerado AMV dependerá de la cantidad y calidad de los recursos de atención extrahospitalaria que haya disponibles en la zona (cuanto más escasos y de menor calidad, menor número de víctimas serán necesarias para que sea considerado AMV).

Limitada en tiempo y espacio	<p>No es una situación que se produzca de manera habitual (por ejemplo, un accidente aéreo).</p> <p>La zona de impacto no suele tener una gran extensión, ni la situación de desorden permanece sin control durante largo tiempo.</p>
Inesperado, pero previsible	Los accidentes siempre suceden de manera inesperada, pero al ser previsibles es posible adoptar medidas preventivas y planes de actuación ante el suceso. La planificación ha de ser flexible, puesto que no hay dos sucesos iguales.
De instauración repentina	Una vez que ha ocurrido un AMV, hay que conseguir reaccionar con extremada rapidez para poder controlarlo lo antes posible y así evitar daños mayores.
Confusión e impacto emocional	Son situaciones no cotidianas ni familiares donde los implicados directos e indirectos pueden vivir situaciones de confusión y desorganización.
Descoordinación	Los esfuerzos para intentar solucionar la situación no están coordinados. Inicialmente no hay orden.
Escasez de recursos	En un primer momento no hay recursos de ayuda suficientes para poder dar respuesta de manera óptima a todas las víctimas.
Resolución con recursos propios	En ocasiones, para resolver el incidente no hace falta solicitar recursos fuera de los del operativo ordinario que tiene la región donde ha sucedido el AMV.

9.1.2. Respuesta adecuada a un accidente de múltiples víctimas

La respuesta a un accidente de múltiples víctimas comienza mucho antes de que éste se produzca, llevando a cabo tareas específicas para cubrir los siguientes niveles de respuesta pre y post incidente:

- NIVEL 1:

Previsión (análisis de riesgos, su naturaleza y sus consecuencias).
Prevención (adoptar medidas para evitar o reducir los riesgos).
Planificación (establecer líneas de actuación para afrontar emergencias).

- NIVEL 2:
Intervención (respuesta al incidente de los equipos de emergencia).
- NIVEL 3:
Rehabilitación (restitución a una situación de normalidad en caso de que el suceso haya dejado secuelas posteriores en las víctimas, la población, las infraestructuras, etc.).

Para ello se realizarán las siguientes tareas atendiendo al riesgo o suceso (Álvarez, 2008):

- Planificación previa (análisis de riesgos y preparación de protocolos de actuación).
- Entrenamiento de los equipos (simulacros periódicos, trabajo en equipo, protocolos asistenciales, procedimientos operativos, despliegue sobre el terreno y establecimiento de la cadena de mando).
- Coordinación entre los miembros del equipo y el resto de servicios (establecimiento de funciones y mandos coordinados entre fuerzas de seguridad del Estado (Policía, Guardia Civil, etc.), bomberos (encargados del rescate), sanitarios (servicios de atención extrahospitalaria y hospitalaria) y juzgado (equipo forense, Policía judicial o científica, etc.).
- Flujo de información (mecanismo de organización y flujo de la información de forma rápida y segura, no apresurada y necesaria para la resolución del incidente).
- Control del escenario y zonificación (despliegue organizado, clasificación o triaje, asistencia in situ, evacuación racional y ordenada, e información a la población).
- Análisis posterior de la actuación y propuesta de mejora.

No se debe olvidar que los objetivos que debe cumplir cualquier sistema de emergencias están orientados al tiempo de respuesta y nivel de atención. Un AMV es una situación compleja que hay que resolver de manera ordenada, y para ello se definen las siguientes fases:

- *Fase de alerta*
 - Es la fase en la que los equipos de emergencia están esperando preparados

para actuar. Hay recursos humanos y materiales suficientes y los ciudadanos pueden acceder al sistema de emergencias.

- Es fundamental una correcta preparación previa, que se basa en tres grandes pilares: establecimiento de protocolos de actuación y formación del personal; coordinación entre los diferentes intervinientes y, sobre todo, realizar simulacros para puesta en marcha y mejora.
- También son necesarias acciones formativas para la población (por ejemplo, en medios para acceder al sistema de emergencias y actuaciones específicas ante un incidente).

– *Fase de alarma*

- Se envían los recursos disponibles inicialmente atendiendo a la tipología del incidente (suceso, número de víctimas, etc.).

– *Fase de aproximación*

- Aproximación inicial donde no existe información completa y en ocasiones ambigua.
- Son necesarias medidas de autoprotección
- Es necesario facilitar al centro coordinador toda la información sobre cómo acceder a la zona del accidente y los peligros que existen (ver [cuadro 9.2](#)).
- La aproximación será atendiendo a los procedimientos establecidos previamente y en coordinación con el resto de intervinientes.

– *Fase de control*

- Se debe acordonar el lugar del accidente y evitar el acceso de curiosos.
- Aquí prima la necesidad de dar información al centro coordinador y la activación de recursos de apoyo que puedan ser necesarios.
- Se realizará la zonificación y el despliegue de recursos.

– *Fase de clasificación*

- Clasificación de las víctimas para adecuar las posibilidades de asistencia a las necesidades en el lugar.

Cuadro 9.2. Primeras actuaciones en AMV

-
- Informar de la localización exacta del incidente.

- Dar información que responda a:
 - ¿Dónde estoy?
 - ¿Qué estoy viendo?
 - ¿En qué consiste el peligro?
 - ¿Hacia dónde se propaga el peligro?
 - ¿Riesgos especiales?
 - Acceso para el resto de las unidades (acceso de ataques).
 - Poner en marcha el bloqueo de la evacuación indiscriminada.
 - Asegurar la correcta comunicación con el centro coordinador.
 - Valoración somera del accidente:
 - Número de víctimas.
 - Mecanismo lesional predominante.
 - Cualquier situación que modifique la respuesta (accesos inutilizados, peligros, medidas de protección para equipos, etc.).
 - Otros recursos y servicios en la zona, otros riesgos que surjan, y necesidad de otros recursos.
 - Transmisión de los datos recogidos a la central de comunicaciones.
 - Contactar y coordinarse con las demás instituciones intervinientes.
-

- Es la primera atención propiamente sanitaria que se hace sobre las víctimas, estableciendo el orden de acceso a tratamiento.
- Se establecerá el tipo de atención necesaria (sanitaria o psicosocial).

– *Fase de intervención y estabilización sanitaria*

- Conjunto de técnicas que tienen por objeto sustituir, restablecer o estabilizar las funciones respiratorias y cardiovasculares de los heridos.
- Comprende el conjunto de maniobras que hacen posible la supervivencia del paciente, evitando añadir nuevas lesiones.
- Son las actuaciones conforme a protocolo para estabilizar las constantes vitales de los pacientes y para que puedan ser transportados al centro útil.
- Igualmente se pondrá en marcha la atención psicosocial atendiendo al estado y necesidad del paciente.

– *Fase de transporte*

- Se realizará un transporte apropiado de los pacientes, utilizando los medios de transporte y personal adecuados para su patología y situación.
- El traslado se realizará al centro útil que nos haya facilitado el centro coordinador previamente.

– *Fase de transferencia*

- Este es el momento en que la asistencia extrahospitalaria transfiere el

paciente a la asistencia hospitalaria. Es importante transferir a la persona apropiada designada por el hospital para recibir al paciente haciendo entrega al mismo tiempo de los datos sobre el paciente, tanto los relativos a su identificación como los relativos a las patologías y tratamiento realizado.

- El centro coordinador habrá contactado con los hospitales para ponerse de acuerdo en el número de heridos que se traslada y en la gravedad de los mismos.

– *Fase de reactivación*

- Tras finalizar la intervención, los recursos extrahospitalarios tienen que reaprovisionarse para volver inmediatamente a la situación de alerta.
- Será necesario hacer un informe sobre la resolución de la actuación para analizar el caso y mejorar la calidad de la asistencia.

9.1.3. Zonificación

Quizás una de las funciones y tareas más importantes a la hora de resolver un AMV sea la zonificación. Todos los profesionales involucrados en el incidente deben conocer esta tarea para evitar fallos en la actuación.

Es muy importante señalar que si la desorganización y caos provocados por el incidente no se resuelve in situ, este caos se trasladará a los centros hospitalarios a los que lleguen las víctimas, provocando una serie de problemas añadidos como:

- Colapso de centros hospitalarios cercanos que son necesarios para pacientes graves y a los que acuden víctimas leves que pueden recibir atención en otros centros. Por ejemplo, esto ocurre en accidentes urbanos que tienen varios hospitales, ya que las evacuaciones por personal no sanitario se hacen al hospital más cercano, y básicamente lo primero que llevan es los pacientes que andan y con heridas leves, que son los primeros en abandonar el lugar. Estos pacientes deberían ser distribuidos entre los hospitales de la zona, y no ser llevados todos al centro más cercano.
- Agravamiento de las lesiones, o incluso muertes, que no se habrían producido de realizarse la asistencia in situ sin una evacuación indiscriminada.
- Traslado a centro "no útil" necesitando otro transporte añadido, que puede agravar las lesiones, y utilizando recursos escasos en su estabilización.

Para una correcta resolución del AMV es fundamental realizar una correcta zonificación del área del incidente. La zonificación también se denomina sectorización y

tiene como objetivos principales la ordenación del escenario (protección del lugar y establecimiento de un perímetro de seguridad), la búsqueda de supervivientes (gestos salvadores y evacuación a la zona segura) y el rescate de atrapados, a través de las siguientes tareas:

- Mantener la calma y limitar la magnitud del siniestro
- Garantizar la seguridad de los intervinientes y de los pacientes (a través del análisis de la escena y del control del escenario)
- Solicitar policía para el control del perímetro y bomberos si es necesario el rescate de pacientes
- Contactar con policía o bomberos para sectorizar y facilitar la seguridad
- Distribuir los recursos antes de enfocarlos a un solo paciente
- Priorizar la evacuación e intervención con los pacientes

9.1.3.1. Escenarios de intervención

Existen tres áreas asistenciales a sectorizar: área de intervención, rescate o salvamento; área de socorro y área de base. Para no dificultar las tareas y coordinar la actuación, en cada zona se realizan una serie de acciones por unos actores determinados (ver [cuadro 9.3](#)).

Cuadro 9.3. Zonificación y tareas a desarrollar

<i>Zona</i>	<i>Involucrados</i>	<i>Recursos</i>	<i>Tarea</i>
Área de rescate	<ul style="list-style-type: none"> – Bomberos – Heridos – Personal sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> – Vehículos de rescate – Extinción de incendios – Noria de rescate 	<ul style="list-style-type: none"> – Rescatar y trasladar – Gestos salvadores y traslado inmediato
Área de socorro	<ul style="list-style-type: none"> – Personal sanitario – Familiares – Víctimas/heridos – Equipo psicosocial 	<ul style="list-style-type: none"> – Nido – Puesto médico avanzado – Redil – Morgue 	<ul style="list-style-type: none"> – Socorrer – Primer triaje y clasificación – Estabilización – Segundo triaje – Noria de evacuación
Área de base	<ul style="list-style-type: none"> – Puesto de mando avanzado – Personal de seguridad – Espectadores – Medios de comunicación – Equipo psicosocial – Personal de apoyo – Policía encargada de seguridad en todas las áreas 	<ul style="list-style-type: none"> – Ambulancias – Logística – PMA 	<ul style="list-style-type: none"> – Evacuar – Traslado de los heridos – Organización y coordinación de mandos

Por tanto, dentro de la zonificación en un accidente de múltiples víctimas podemos diferenciar diferentes escenarios de actuación (ver [figura 9.1](#)) y sus características propias:

1. Área de rescate

- Es la de mayor desorden y donde está el siniestro.
- En esta zona, se hace una clasificación de víctimas muy básica y se procede a sacar a los pacientes según se van encontrando. Los primeros en salir serán todos los que puedan andar, siendo evacuados hacia el área de socorro.
- Es una zona donde existen riesgos para los intervinientes. El personal sanitario solo entrará si hay víctimas atrapadas, y su labor la realizará junto

con bomberos. La policía garantizará el perímetro y la seguridad de todas las zonas.

Como situación específica de intervención nos podemos encontrar los Accidentes por Riesgo Químico, Nuclear, Radiológico o Biológico (NRBQ), donde se requiere una distancia de seguridad mayor (que dependerá del tóxico, las condiciones climáticas, como el viento, patogenicidad, etc.) y de la utilización de equipos de protección individual especiales para la atención a las víctimas.

- La noria de rescate es la que saca a los pacientes y víctimas del área de rescate a la zona de socorro, siendo los bomberos los que sacan a las víctimas de esta zona.

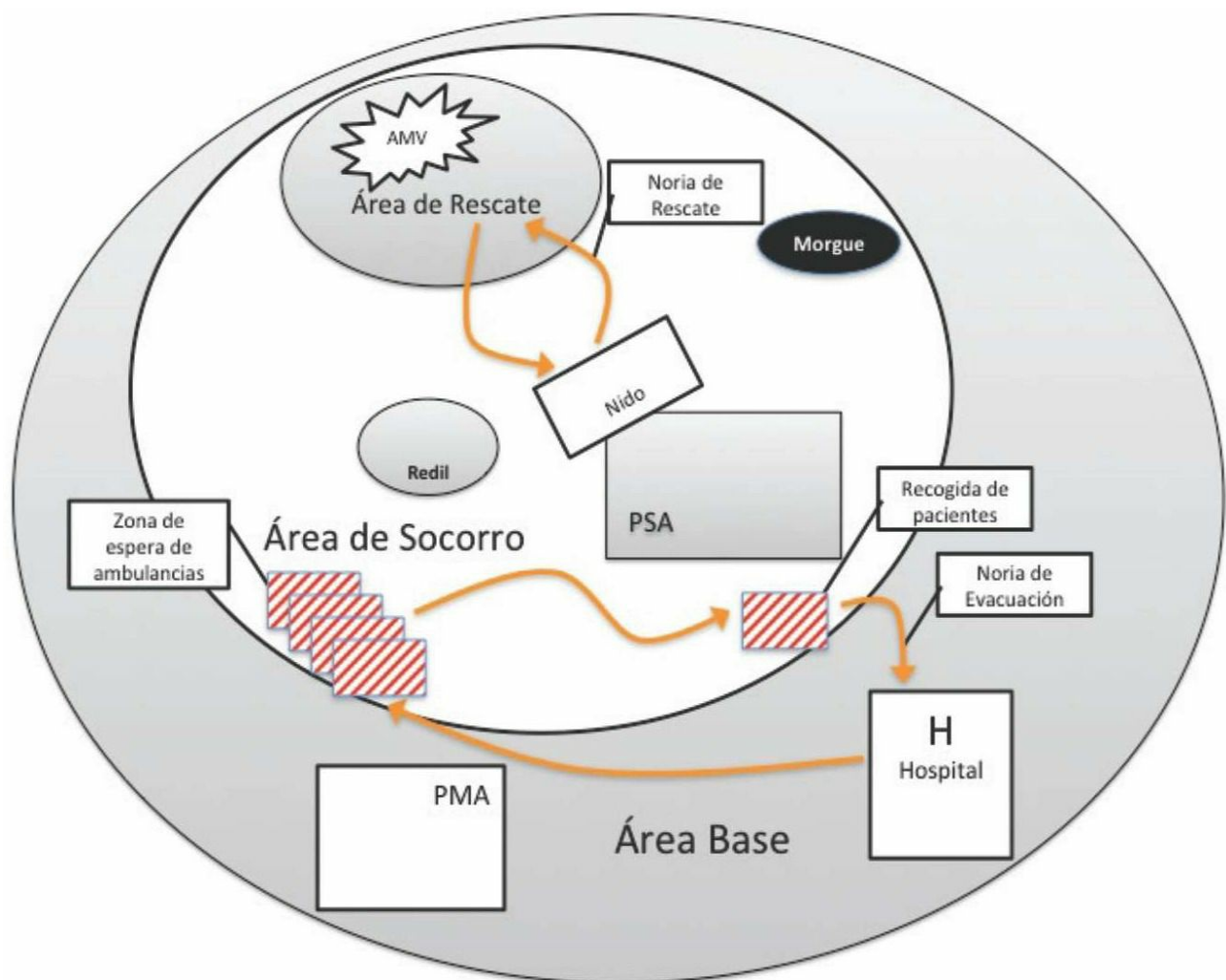


Figura 9.1. Escenario de actuación.

2. Área de socorro

- Es la zona de transición a zona segura.
- Es donde se realiza el despliegue y la actuación de servicios sanitarios. El despliegue es muy importante porque la capacidad de organizar el desorden es proporcional a la capacidad de poner en funcionamiento en esta zona segura las diferentes estructuras para la atención sanitaria.
- En esta zona se realiza el triaje, la estabilización de las víctimas, la aplicación del soporte vital y el traslado de víctimas al área de base.
- Se realizará el despliegue sanitario que:
 - a) Consiste en situar sobre el terreno, de la manera más rápida posible, los recursos y estructuras necesarios (el nido de heridos, puesto sanitario avanzado, punto de recogida de pacientes, etc.) para la atención a las víctimas.
 - b) Se adaptará a cada situación, siendo lo más importante tener cada área perfectamente identificada y delimitada.
- Se creará el redil, donde se trasladan los afectados que no requieran asistencia médica inmediata por algún tipo de lesiones o enfermedad física.
Se realizará filiación de estos y se valorará si necesitan otro tipo de atención (por ejemplo, atención psicológica tras el suceso crítico vivido). Es un lugar donde los afectados se encuentran en un lugar con menor estimulación ambiental y donde se favorece la evacuación organizada.
- Se organizará el nido de heridos, donde se lleva a las víctimas que requieran asistencia sanitaria in situ. Tiene como características:
 - a) En este punto habrá personal médico que decida el orden de acceso al Puesto Sanitario Avanzado (PSA) y realice maniobras salvadoras.
 - b) Aquí se realiza la primera clasificación de los heridos.
 - c) Su ubicación será a la entrada del área de atención, es decir, del PSA.
 - d) A las víctimas se las filiara a la entrada del PSA o en el nido de heridos.
 - e) Tiene que haber un responsable de filiación que se encargue de identificar y de llevar el recuento de las personas que se tratan.
- Se creará el Puesto Sanitario Avanzado (PSA), el cual es el lugar donde se hace la atención y estabilización de los heridos, se realiza soporte vital avanzado sobre las víctimas para su traslado y donde se hace el segundo triaje o la segunda clasificación para determinar el orden de evacuación de los heridos.
- Posteriormente se establecerá el punto de recogida de pacientes, siguiendo el orden establecido por el responsable de evacuación que está en el PSA. Será este el que llame y pida recursos de transporte al responsable de la

zona de espera de ambulancias y se encargue de indicar a dónde hay que trasladar a los pacientes. Así mismo llevará el recuento de los pacientes atendidos en el PSA y de sus lesiones.

- Se establecerá la zona de espera de ambulancias, lugar donde esperan las ambulancias hasta que son asignadas al transporte de algún paciente. Estará situado entre el área de socorro y el área base, en una zona segura, donde no entorpezcan y estén accesibles. Tiene que haber un responsable que esté coordinado principalmente con el responsable de evacuación, siendo de suma importancia que haya una noria clara para llegar al punto de recogida de pacientes y salida hacia el centro útil, ya que de otra forma sería posible que los vehículos se entorpecieran unos a otros.
- Por último, se establecerá la morgue en caso de existir fallecidos, ubicándose en un lugar lejos de las miradas de víctimas y de curiosos para preservar su intimidad, así como para que el equipo forense pueda realizar sus funciones.

3. Área Base

- Es la zona segura, donde no hay peligro.
- En esta zona se realiza la asistencia especializada.
- Es donde está ubicado el Puesto de Mando Avanzado (PMA): lugar físico o funcional donde se ubica el Jefe del Puesto de Mando Operativo. Es el máximo responsable de la dirección y órdenes durante el incidente. Es el que tiene mando sobre todos los intervinientes en el incidente.
- Organiza la noria de evacuación, con la zona de espera de ambulancias pegada al área de socorro o dentro del área de socorro
- En accidentes de grandes magnitudes se puede ubicar un CME (Centro Médico de Evacuación) como paso previo al traslado al centro útil definitivo, pero lo habitual es que se traslade desde el PSA directamente al centro hospitalario definitivo.
- Aquí se ubica la zona de espera de los recursos que puedan ser necesarios.

9.1.4. Clasificación de pacientes

Hay dos tipos de clasificación de pacientes en un AMV, la que da acceso a la atención sanitaria in situ, y la que dicta el orden de evacuación, así como el destino de cada uno al hospital apropiado para recibir cuidados médicos definitivos.

Los objetivos de esta clasificación son:

- a) Priorizar la capacidad de respuesta.
- b) Ordenar la necesidad de atención médica.
- c) Buscar la rápida localización de heridos con compromiso vital.

Esta es una actividad que tiene que ser realizada de forma rigurosa y tiene las siguientes características:

- 1. Personalizada: se hace a cada paciente de forma individual
- 2. Dinámica: es constante y sin interrupciones
- 3. Rápida: se emplea muy poco tiempo por cada víctima
- 4. Permanente: hay que reevaluar a los pacientes porque sus patologías evolucionan
- 5. Adaptada: a las circunstancias del accidente y a los recursos disponibles
- 6. Socialmente aceptable: que la forma de clasificar sea entendible por la mayoría de los miembros de la sociedad
- 7. Con sentido anterógrado: no se vuelve hacia atrás una vez clasificado, ya que todas las víctimas deben clasificarse conforme al mismo protocolo de clasificación y de forma rigurosa

En cuanto a los principios aplicables a la clasificación de pacientes en AMV, existen dos: el primero es salvar el mayor número de vidas, y hacer el mejor uso posible de los recursos disponibles, y el segundo es salvar la vida, que tiene preferencia sobre salvar la función, y la función sobre el defecto anatómico. Esto significa que en estos sucesos es posible que haya pacientes que al tener que dilatar su tratamiento sufran consecuencias que en otras circunstancias, y si hubiesen podido ser objeto de una atención individualizada, no sufrirían.

La persona que realice la clasificación debe ser la más cualificada de la dotación o dotaciones intervinientes en el suceso y tener experiencia y formación apropiada. Tiene que hacerse de forma rápida y en un lugar seguro.

En la clasificación se identifican las situaciones más urgentes que amenazan la vida de forma inmediata, que son: asfixia, hemorragia y shock.

El estudio detallado de los métodos de clasificación y triaje no son objeto de este capítulo, sin embargo, ya que existen más de cien métodos diferentes, sí se va a dar una visión general sobre este tema para que se entiendan los problemas que origina y su funcionamiento, a pesar de que todos los métodos se basan en criterios científicos.

En la zona de rescate, se realiza una clasificación bipolar (ver [figura 9.2](#)) para sacar a los heridos fuera del peligro de la forma más rápida y organizada posible. Es una situación límite, y el objetivo es sacar del peligro al máximo número de víctimas lo más rápido que se pueda.

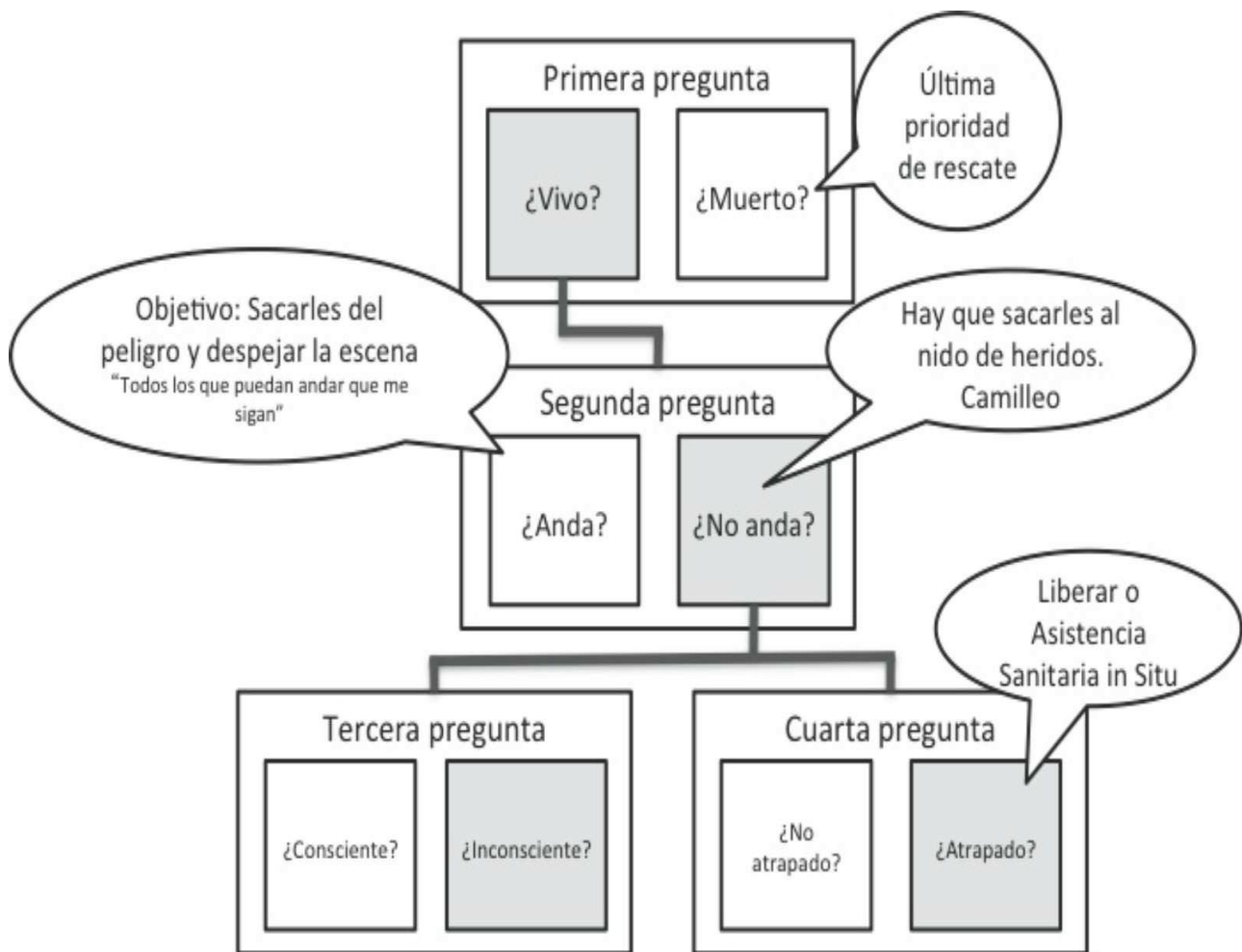


Figura 9.2. Clasificación bipolar en el área de rescate.

Hay que tener en cuenta que es difícil priorizar la asistencia a víctimas en esta área debido al peligro que pueda existir, por lo que si existe gran peligro para los intervinientes y para las víctimas debemos ir sacándolas a medida que sean rescatadas. Si esta situación de premura no existe, es posible organizar un poco más el camilleo de salida de las víctimas al área de socorro (noria de rescate).

La forma más habitual de clasificación (o de triaje) es a través de un código de colores (Álvarez, 2008), donde se establece primero el más grave, y por último el más leve. Es el triaje clásico pensado para tiempos de demora hasta la atención, en que los verdes indica que pueden esperar hasta 24 horas, los amarillos hasta 6 horas, y los rojos deben recibir atención inmediata. La clasificación establece:

- Tarjeta roja: son de compromiso vital inmediato, si no se hace nada, morirán por compromiso respiratorio, shock, heridas y traumatismos exaguantantes.
- Tarjeta amarilla: lesiones que si no son tratadas, pueden llegar a ser críticas, pero que tienen cierto margen de tiempo para su atención (por ejemplo, traumatismos craneoencefálicos, politraumatizado, trauma abdominal, etc.).

- Tarjeta verde: heridos leves. Lesiones que no comprometen la vida.
- Tarjeta negra: fallecidos.

En la clasificación se deben emplear unos treinta segundos para los fallecidos, un minuto para los leves y unos tres minutos para los graves o muy graves, ya que sobre estos últimos se realizarán maniobras salvadoras. En la primera clasificación prima sobre todo la gravedad, por lo que puede hacerlo personal sanitario no médico (técnico en emergencias o enfermero), en la decisión del orden de evacuación del PSA prima el pronóstico, por lo que es mejor que lo realice un médico.

La distribución clásica cuando hay un número elevado de víctimas en accidentes graves es verdes (40%), rojos (20%), amarillos (20%) y negros (20%). Esto significa que se estima que a dos de cada diez pacientes se les debe atender in situ de manera inmediata porque si no fallecerían.

Si en lugar de un AMV estuviésemos ante una catástrofe, no se realizaría una clasificación, sino que hablaríamos de triaje. En este caso se priorizaría a los heridos en función del pronóstico, es decir, primero se atendería al que más posibilidades de supervivencia tenga. La diferencia fundamental es que en el AMV el sistema sólo está sobrepasado durante los primeros minutos, en el caso del triaje, y de una catástrofe, el sistema va a estar sobrepasado durante mucho tiempo, por eso, aunque en un primer momento en los dos se va a seguir el criterio de la supervivencia, en un momento determinado en AMV se pasará a atender primero a los pacientes más graves, en cambio en una catástrofe se seguirá atendiendo conforme a las posibilidades de supervivencia. El triaje o la clasificación van a ser siempre la primera atención propiamente sanitaria que se les presta a los heridos, admitiéndose un 10% de víctimas infravaloradas y hasta un 40% de sobrevaloradas. No se debe entender el triaje únicamente como un método de simple decisión de orden de atención o de evacuación, sino también, en gran medida como la aplicación de maniobras salvadoras sobre los heridos.

9.2. Intervención psicosocial en accidentes de múltiples víctimas

Durante mucho tiempo, las intervenciones realizadas en AMV y desastres se han centrado únicamente en el aspecto físico de las víctimas, dejando a un lado la salud mental de estas personas. Sin embargo, los efectos de accidentes de múltiples víctimas, desastres o catástrofes en la salud se manifiestan tanto en lo físico, como en lo mental y lo social. En los últimos años y después de los diferentes sucesos vividos a nivel mundial, se está poniendo énfasis en el modelo biopsicosocial, donde no sólo la parte puramente sanitaria es de suma importancia, sino que se ha comenzado a prestar atención al área psicosocial. Cobra relevancia la atención multidisciplinar a los sobrevivientes, dentro de su entorno y significado social.

9.2.1. *Objetivos y áreas de intervención*

La intervención psicosocial de emergencias en AMV tiene la especificidad de realizarse en diferentes escenarios de actuación (sobre el terreno y fuera del lugar) y en la fase de emergencia (periodo inmediato al suceso) y en la fase inmediata post-impacto (días siguientes al impacto), teniendo como objetivos principales:

- Dar respuesta a las necesidades de índole psicosocial que se derivan de toda situación de emergencia.
- Realizar la recepción, filiación y organización de ilesos, familiares y allegados que necesiten atención psicosocial (ver [cuadro 9.4](#)).
- Apoyar in situ a intervinientes durante y tras el suceso.
- Disminuir el impacto psicológico del suceso y sus consecuencias.
- Acelerar el proceso de recuperación espontáneo.
- Reconducir a los indecisos (aquellos que muestran inicialmente una respuesta ambivalente entre lo adaptativo y lo desadaptativo).
- Facilitar la integración y la resignificación de la experiencia vivida.
- Evitar la retraumatización y el contagio emocional.
- Activar los mecanismos de resiliencia individual y colectiva.

Las técnicas empleadas en este tipo de intervenciones irán encaminadas a cubrir principalmente las áreas del estado físico y psíquico de las víctimas, la necesidad de información, los recursos materiales y sociales. Será una metodología de trabajo ágil, breve, sencilla y adaptada a las diferencias socioculturales de la población diana, evitando intervenciones indiscriminadas y siendo siempre realizadas por personal formado y entrenado para ello (por ejemplo, conociendo protocolos de actuación, técnicas de intervención psicosocial, recursos disponibles y con una gran preparación psíquica ante situaciones de elevado impacto emocional).

Cuadro 9.4. Población diana de intervención psicosocial en AMV

VÍCTIMAS DIRECTAS

- Pueden o no haber sufrido lesiones físicas.
- Se debe prestar atención especial a víctimas con patologías o psicopatologías previas.
- Como población de riesgo están aquellas personas en riesgo social (ancianos, sin apoyo social, sin recursos económicos, inmigrantes y extranjeros, marginados, etc.).

FAMILIARES O ALLEGADOS

- Sujetos que necesitan ayuda psicológica/emocional para afrontar las dolorosas pérdidas sufridas
- Pueden presentar elevado nivel de angustia, ansiedad y estrés.
- El impacto emocional y sufrimiento se verá incrementado por la distancia física, información disponible, trámites a seguir, red social baja, etc.
- Se debe prestar especial atención a aquellos que presentan conductas evitativas de la situación.

ENTORNO SOCIAL

- Se debe controlar la información que le llega a la sociedad a través de los medios de comunicación.
- Vivencia de desorganización y ruptura de la monótona rutina generadora de seguridad.
- Pueden aparecer reacciones psicosomáticas y psicológicas.
- Debe haber una respuesta multidisciplinar continuada (por ejemplo, con la actuación protocolizada desde atención primaria).

INTERVINIENTES: profesionales y voluntarios

- Son personas que se ven sometidas a un fuerte impacto psicológico y altos niveles de estrés.
 - En ocasiones tratan de dar la "imagen de invulnerabilidad", sin embargo, en algún momento todos podemos tener un punto de ruptura.
 - Se debe prestar atención hacia aquellos que tengan que tomar decisiones de mando, hayan realizado triaje, aquellos que muestren conductas de sobreimplicación, hayan vivido momentos de peligro de muerte o de alto contenido emocional (por ejemplo, visualizar niños fallecidos), etc.
 - Se debe valorar la existencia de antecedentes previos y factores de riesgo.
-

Desde el ámbito psicosocial las necesidades a trabajar en la fase de emergencia o post-impacto serán:

1. Estado físico

Durante la atención psicosocial, es aconsejable valorar el estado físico de las víctimas a lo largo de toda la intervención (siguiendo pautas de valoración sanitaria primaria) y, en caso de ser necesario, se solicitará atención médica.

2. Estado psíquico

- La vivencia de un AMV no va a dejar impasible a nadie, sin embargo, la mayoría de las personas van a funcionar adecuadamente. Ante un suceso traumático y altamente estresante como es un accidente de múltiples víctimas, y como ya se expuso en capítulos anteriores, las personas pueden reaccionar con miedo, temor, tristeza, enfado, ansiedad y malestar emocional, al verse involucradas en situaciones inesperadas, donde han podido ver y sentir que su vida corría peligro o la de otras personas. Estas reacciones estarán determinadas principalmente por factores internos y externos de la persona (antecedentes personales, experiencias previas, apoyo social, etc.).
- Se debe respetar la voluntariedad de la intervención. A diferencia de la práctica psicológica habitual, en estos casos, la persona no busca el tratamiento, sino que será el profesional quien se la ofrezca.
- Para prestar un adecuado apoyo psicosocial se deben conocer e identificar en primer lugar estas reacciones inmediatas para poder garantizar la reducción de desorganización y desestabilización de las personas implicadas. El causante de un suceso (el hombre o la naturaleza) determinará reacciones y consecuencias psicológicas diferentes, siendo la clave de estas diferencias la previsibilidad o

imprevisibilidad del suceso, la falta de control sobre la naturaleza y el asumir que "otro como yo ha podido hacer a otros seres humanos lo que ha hecho". Sin embargo, comparando víctimas de catástrofes sociopolíticas con víctimas de otro tipo de catástrofes se han detectado ciertas similitudes en cuanto a la experiencia de los sobrevivientes caracterizada principalmente por la conmoción provocada por la desorganización rápida y violenta de la vida cotidiana, el proceso de duelo por las pérdidas sufridas y los sentimientos de culpabilidad por no haber podido hacer más (Loizos, 1981). Por ejemplo, "si no hubiera dejado que fuera a la excursión, esto no habría sucedido".

- Una vez identificadas las reacciones, se pondrán en marcha los primeros auxilios psicológicos (ver [Capítulo 2](#)) y se facilitarán siempre que se considere necesario, pautas de entrenamiento en control fisiológico, cognitivo y conductual (por ejemplo, entrenamiento en respiración diafragmática, ventilación, reestructuración de la experiencia, etc.).
- Se debe priorizar "la normalidad de las reacciones" frente a las etiquetas de diagnósticos. No se trata de ver patología donde no exista.
- El objetivo último de esta valoración e intervención es aliviar el sufrimiento psicológico y prevenir el agravamiento de los síntomas en un futuro. Se realizará un *screening* de riesgo psicológico a desarrollar patología en función de los factores de vulnerabilidad personal ante un suceso crítico (ver [cuadro 9.5](#)).
- Por último, asegurar un seguimiento de las personas atendidas para no cortar el apoyo ofrecido, reducir la letalidad y derivar a recursos específicos (por ejemplo, terapéuticos, asociaciones, recursos sociales, etc.). Un trauma se supera cuando la persona, aun con dolor, es capaz de integrar el suceso traumático como algo pasado que forma parte de su historia personal, sin la presencia excesiva de emociones negativas (como odio, rabia o impotencia), puede vivir con normalidad el día a día y utiliza unas estrategias de afrontamiento positivas (Echeburúa, 2007).

Cuadro 9.5. Factores de vulnerabilidad (Echeburúa et al., 2007)

BIOGRÁFICOS	Historia de victimización en la infancia Antecedentes de otros sucesos traumáticos
PSICOBIOLOGICOS	Elevado grado de neuroticismo Baja resistencia al estrés
PSICOLÓGICOS	Escasas habilidades de afrontamiento Inestabilidad emocional previa Mala adaptación a los cambios

- Como población específica a la que atender en la fase de emergencia y post-impacto vamos a tener a los intervinientes. Se intervendrá con ellos si es necesario, sobre el terreno o lugares de descanso en situaciones de inestabilidad o descontrol emocional, o bien, en días posteriores. Según Mitchell (1993), los equipos de psicólogos pueden observar en la zona de operaciones el funcionamiento de los intervinientes, proporcionar apoyo y avisar a los mandos sobre el nivel de fatiga, así como de las reacciones de frustración o de fracaso (ver [Capítulos 10 y 11](#)).

3. Gestión de la información

- La gestión de la información siempre es una tarea complicada en estos sucesos y requiere de una detallada y fina coordinación con los gestores de la emergencia y quienes dispongan en un primer momento de la información que se ha de transmitir. Como se ha visto a lo largo del manual, cuando una persona vive un suceso crítico (víctima directa o indirecta) tiene "sed de información". Se debe transmitir la información de la que se disponga lo antes posible para saciar esta sed (por ejemplo, información sobre las características del suceso, número de víctimas y fallecidos, información sobre sus seres queridos, estrategias adoptadas para la resolución, comunicación de malas noticias, etc.) (ver [cuadro 9.6](#)).
- Será necesario que se transmita información de trámites o gestiones que van a tener que realizar los supervivientes o familiares.

Cuadro 9.6. Metas de la información (Lorenzo, 2003)

- Proveer información sobre el incidente y las reacciones con la mayor inmediatez posible.
- Brindar amplia comunicación sobre las reacciones de tensión, el manejo del estrés, así como sobre los servicios de apoyo disponibles.
- Reducir rápidamente la intensidad de las reacciones de un evento traumático.
- Mitigar el impacto del incidente.
- Fortalecer la red social del grupo y reducir sentimientos de singularidad.
- Establecer expectativas positivas sobre el futuro y fortalecer el valor del personal y toda la comunidad.
- Evaluar el bienestar de todos los involucrados en el desastre para determinar las necesidades de seguimiento.

- Se realizará una *psicoeducación in situ* informando de reacciones normales a corto o largo plazo tras el suceso y las señales a identificar para solicitar ayuda especializada. La información se transmitirá de forma verbal y si es posible escrita (por ejemplo con trípticos informativos).
- Este tipo de sucesos adquirieron una gran resonancia mediática e interés social, por ello, también en ocasiones es necesario dar respuesta a los medios de comunicación mediante información clara, sencilla y sin carácter sensacionalista.

4. Recursos materiales

Otro de los aspectos a cubrir desde el ámbito psicosocial tras un accidente de múltiples víctimas es valorar las necesidades básicas y cubrirlas. Estas necesidades serán específicas al suceso, pero normalmente son:

- a) Necesidad de alojamiento y lugar de descanso.
- b) Necesidad de comida y bebida. Necesidad de medicación y ropa.
- c) Necesidad de intérpretes o medios de comunicación.
- d) Necesidad de medios de transporte.
- e) Necesidad de salas de duelo o tanatorios "provisionales".
- f) Necesidad de apoyo en trámites o gestiones no demorables (por ejemplo, con funeraria, pruebas de ADN, reconocimiento de objetos, etc.).

Respecto a la necesidad de apoyo en trámites y gestiones, en el año 2009 se aprobó el Protocolo nacional de actuación médico-forense y de Policía científica en sucesos con víctimas múltiples. Tal y como recoge el Real Decreto 32/2009, hasta la fecha España no había dispuesto de un protocolo para la actuación coordinada de equipos de médicos forenses con las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado y policías autonómicas en situaciones o sucesos con víctimas múltiples, de tal forma que en las últimas décadas se han puesto de manifiesto una serie de carencias importantes en la planificación médico-forense ante tales situaciones. El protocolo establece tres fases diferentes de actuación:

- Fases preliminares al tratamiento de cadáveres y restos humanos.
- Fase de tratamiento de cadáveres y restos humanos.
- Fase de obtención de datos "ante mortem" en el área de asistencia a familiares. Esta última contará con cuatro zonas básicas: punto de información, oficina de recepción de denuncias, oficina "ante mortem" o zona de obtención de datos "ante mortem" y zona de asistencia sanitaria, social y psicológica, considerando que debe existir atención psicosocial

en el punto de información y en la zona de asistencia a familiares.

5. Recursos sociales

Como en toda situación crítica, una de las primeras tareas a realizar va a ser propiciar que la persona esté lo antes posible cerca de sus seres queridos. En estos casos debemos propiciar la reunificación de grupos familiares, requisito indispensable principalmente para discapacitados, ancianos y niños.

9.2.2. Fase de reparación y recuperación tras un accidente de múltiples víctimas

Tras el suceso vivido, se desarrolla una fase caracterizada por la puesta en marcha de tareas de reconstrucción del entorno físico y por la reorganización social. Autores han descrito dos fases bien diferenciadas en cuanto a las demandas e intervenciones que se suscitan en este periodo: en primer lugar la llamada "fase de luna de miel" que se extendería de una semana a tres meses tras el incidente, y caracterizado por que los supervivientes comparten un fuerte sentimiento de cohesión mutua, reforzándose este ánimo a través de promesas de todo tipo de ayudas (sociales, económicas, legales, etc.). Y en segundo lugar, la fase de "desilusión" con sentimientos de disgusto, amargura, resentimiento y abandono. Es la fase en la que todos los recursos "extraordinarios" que se han volcado en la situación y los afectados desaparecen. Los afectados se sienten solos.

En este momento, y aunque no sea objeto de la intervención psicosocial de emergencias, el tratamiento se centrará en reducir las alteraciones emocionales que persisten y prevenir la aparición de reacciones postraumáticas posteriores (individuales o colectivas) que pueden aparecer. Así mismo, se hará hincapié en los procesos de elaboración del duelo individual o colectivo, ansiedad anticipatoria, descargas tardías de agresividad, actitudes pasivas de resignación o aceptación fatalista, a veces con sentimientos de culpabilidad, o el llamado "síndrome del superviviente" (por ejemplo, "me siento mal porque yo me he salvado y el otro no").

9.3. Conclusiones

Un AMV es un accidente inhabitual, aunque previsto o previsible de alguna manera, de aparición brusca, que ocasiona varias víctimas y que inicialmente genera desproporción entre el número de afectados y los recursos asistenciales disponibles.

Obliga a adoptar procedimientos específicos con los medios ordinarios hasta que la situación esté resuelta.

La resolución es en un corto espacio de tiempo, sin superarse plazos terapéuticos.

Son necesarias actuaciones antes, durante y después del suceso. Sin una preparación mantenida e interrumpida en este tipo de incidentes las comunidades y todos los implicados en ello nunca estarán lo suficientemente capacitados ni preparados.

El objetivo de la intervención psicosocial es cubrir las necesidades que se generen y facilitar la restauración de la capacidad de las víctimas, afectados e intervinientes para la comprensión y afrontamiento adecuado y efectivo de la situación vivida.

Un reto de futuro es detectar a las personas realmente necesitadas de tratamiento, establecer programas eficaces protocolizados de intervención para víctimas de distintos tipos de sucesos traumáticos e integrar los recursos terapéuticos existentes (atención primaria, centros de salud mental, asociaciones de víctimas, asistencia privada, etc.).

PARTE III

Intervención con intervinientes: riesgos psicosociales y prevención

10

Principales riesgos psicosociales en los intervenientes

*"Una de las cosas que más feliz me hace es sentir el placer de ayudar a los demás a
través de nuestro trabajo"*

Luis (bombero)

Tras la revisión de las estrategias y habilidades necesarias para dar respuesta a situaciones críticas, en este capítulo nos centraremos en los riesgos psicosociales más específicos de los profesionales de emergencias: estrés traumático secundario y desgaste profesional o *burnout* (Newell y MacNeil, 2011). No obstante, estos profesionales no están exentos de otros riesgos, tales como, el estrés o la agresión laboral, entre otros. Igualmente, es importante señalar, que las investigaciones sobre el estrés traumático secundario se han centrado en la explicación del problema centrándose fundamentalmente en los elementos intrínsecos de la tarea de estos profesionales (Elliot y Briere, 1992). Sin embargo, los factores organizacionales como los horarios, la cantidad de pacientes o usuarios a atender (Elliot y Briere, 1992), la sobrecarga laboral y temporal (Moreno-Jiménez, Morante, Rodríguez-Muñoz, y Rodríguez-Carvajal, 2006), la falta de reconocimiento profesional (Euwema, Van de Vliert, y Bakker, 2003), las exigencias y carga emocional (De Puelles, 2009) son relevantes para entender esta problemática.

Potencialmente, dentro de los factores organizacionales, una adecuada supervisión y apoyo por parte de la organización mitigan la incidencia de estrés traumático secundario y el desgaste profesional (Craig y Sprang, 2010; Sprang, Clark y Whitt-Woosley, 2007).

10.1. Estrés traumático secundario

El estrés traumático secundario, siguiendo a Figley (1995), puede ser definido como la consecuencia natural que afecta al comportamiento y a las emociones de los individuos, en este caso, la persona no sufriría el trauma de manera directa, sería a través del conocimiento de los otros significativos o a través de la experiencia subsecuente, como es el caso de los intervinientes. Otro concepto intercambiable sería el de fatiga de compasión, más utilizado en enfermería (Figley, 1995) y que tendría una connotación más general, que representa fundamentalmente la experiencia de fatiga física y emocional que los intervinientes pueden experimentar como consecuencia del continuo uso de la empatía cuando se trabaja en contacto frecuente con usuarios que experimentan situaciones traumáticas (Figley, 2002; Rothschild y Rand, 2006). Igualmente, el concepto de traumatización vicaria aunque tiene elementos comunes con el estrés traumático secundario centra su atención en los cambios cognitivos que sufre el profesional, como consecuencia del contacto repetido con usuarios que han sufrido eventos traumáticos. En este sentido el concepto se centra en el cambio significativo en el mundo cognitivo del profesional en relación con su seguridad, confianza y control personal (Pearlman, 1998; Pearlman y Saakvitne, 1995).

Las personas con estrés traumático secundario adquieren los síntomas por la exposición o el contacto con la situación o con las personas que sufren directamente el trauma (Newell y MacNeil, 2010). Los profesionales que trabajan en el campo del trauma humano, o en general con el sufrimiento (sanitarios, trabajadores sociales, cuerpos de seguridad, etc.) tienen una probabilidad mayor de sufrir estrés traumático secundario (MacRitchie y Leibowitz, 2010; Newell y MacNeil, 2011), esto es mayor cuando los trabajadores han experimentado algún tipo de evento traumático de manera directa (Follete, Polusny y Milbeck, 1994; Kassam-Adams, 1995). Desde este punto de vista, la empatía y la exposición son dos elementos centrales en la adquisición del estrés traumático secundario. Autores como Figley (1995) han enumerado una serie de razones que pueden sensibilizar a los profesionales que están en contacto con personas que han sufrido experiencias traumáticas, y que pueden desencadenar los mismos síntomas:

1. El exceso de empatía, o una empatía mal manejada, puede ser un factor de sensibilidad.
2. Profesionales del trauma que han vivido experiencias parecidas a aquellas con las que están en contacto.
3. Traumas personales no resueltos pueden activar los mecanismos subyacentes de la experiencia traumática.
4. Traumas que sufren los niños afectan en mayor medida a la empatía y el trauma secundario.

Schauben y Frazier (1995) han ido más allá y han recogido la falta de compromiso y la satisfacción que correlacionaba positivamente con las medidas en estrés traumático secundario. Incluso recientes trabajos muestran más relación del estrés traumático secundario con los estresores laborales que con la propia tarea traumática (Deville, Wright y Varker, 2009). Igualmente, Moreno-Jiménez, Morante, Rodríguez-Carvajal y

Rodríguez-Muñoz (2008) insisten en que además de la tarea traumática, las variables organizacionales como los horarios, descansos, la cantidad de personas a atender o el estrés de rol son factores predictores del estrés traumático secundario. No obstante, se ha comprobado que dotar a los profesionales de estrategias de manejo emocional ante las tareas con elevada exigencia, incidirá en una mayor optimización de su actuación profesional, así como en la asimilación saludable de estas experiencias (De Puelles, 2009). Adicionalmente, estudios empíricos han puesto de manifiesto la personalidad como variable determinante en relación a la vivencia traumática, y que puede actuar como factor de resistencia o vulnerabilidad (Moreno-Jiménez, Morret, Rodríguez-Muñoz y Morante, 2006). MacRitchie y Leibowitz (2010) han descubierto también el papel moderador de la percepción del apoyo social en la relación entre la empatía y el estrés traumático secundario.

Gentry, Baggerly y Baranowsky (2004) han recogido algunos de los síntomas más frecuentes con el estrés traumático secundario: aumento de emociones negativas, pensamientos o imágenes intrusivas de otras experiencias críticas, dificultad para separar el trabajo de la vida personal, baja tolerancia a la frustración, incremento de la hostilidad y el comportamiento irritable, dificultad en las relaciones interpersonales, depresión, sentimiento de baja realización profesional, hipervigilancia, pérdida del sentido de la vida, y de la capacidad para ayudar o cuidar a otros, pérdida de eficacia y pérdida de la esperanza.

Otros síntomas que se asocian al estrés traumático secundario son la reexperimentación del hecho traumático, por ejemplo, a través de pesadillas, flashbacks, etc. Igualmente, es frecuente la evitación de los estímulos o situaciones asociadas al trauma, embotamiento psíquico y emocional, lo que se puede convertir en sentimientos de desapego, anhedonia, amnesia total o parcial del hecho traumático, y estado de hiperactivación e hipervigilancia que dificulta el sueño, respuestas de sobresalto, irritabilidad, tensión, etc. Hay que tener en cuenta que a veces los síntomas se manifiestan de manera tardía, pueden producirse como consecuencia de uno o varios eventos traumáticos, y que a menudo pueden ser interpretados y diagnosticados como depresión, trastornos psicóticos, simulación, etc.

Por lo tanto, la sintomatología del estrés traumático secundario se manifiesta en una serie de reacciones emocionales-cognitivas, motoras y somáticas (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa y Rodríguez-Carvajal, 2004) (ver [cuadro 10.1](#)).

Cuadro 10.1. Sintomatología del estrés traumático secundario

<i>Emocionales-cognitivas</i>	<i>Comportamiento</i>	<i>Somáticas</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Embotamiento afectivo – Ausencia o dispersión – Miedo y ansiedad – Sonidos u olores que recuerdan la situación – Anhedonia – Depresión – Ira o irritabilidad intensa – Sensación de vacío o desesperanza – Sueños y pesadillas – Problemas de atención y concentración – Recuerdos repetidos de la situación traumática – Dudas sobre la espiritualidad – Ruptura o sacudidas de creencias 	<ul style="list-style-type: none"> – Sobreprotección en la seguridad propia y familiar – Aislamiento – Hipervigilancia – Evitación de situaciones que recuerdan la experiencia traumática – Conflictos socio-familiares – Aumento de la actividad para evitar pensar – Sensibilidad o lloro fácil 	<ul style="list-style-type: none"> – Problemas de sueño – Cefaleas – Problemas digestivos – Tensiones musculares – Aceleración del ritmo cardíaco – Temperatura corporal fluctuante – Agotamiento

El estrés traumático secundario puede ocurrir súbitamente y no de manera progresiva, lo que genera importantes sentimientos de indefensión y confusión, sentimiento en definitiva de incomprensión en el interviniente (Beck, 2011). Además estos síntomas no tienen que estar en relación con situaciones concretas reales problemáticas o de incompetencia profesional, es una percepción subjetiva del interviniente (Figley, 1995). A veces por falta de conocimiento de los riesgos psicosociales, el profesional considera que ha perdido sus competencias y sufre en silencio y con sentimiento de angustia estos síntomas, el estrés traumático secundario afecta de manera directa a la valía del trabajador. Los efectos del estrés traumático secundario implican desde el agotamiento emocional (Moreno-Jiménez *et al.*, 2008; Stamm, 2002) hasta la ruptura de creencias o el marco cognitivo del profesional sobre el mundo, los otros y el sí mismo (Jannof-Bulman, 1992).

Para los intervinientes, estas situaciones de estrés son una de las mayores causas de enfermedades y, si no se reconoce, el estrés acumulado puede llevar a serios trastornos (Boscarino, 2004). Sin embargo, en algunas organizaciones, donde no existe una cultura preventiva se puede dificultar a los profesionales el reconocimiento de sus problemas, ya que se sentirían estigmatizados (Moreno-Jiménez *et al.*, 2004).

No obstante, aunque son escasos los estudios que contemplan el papel protector de las variables personales, sí han sido muy significativos sobre todo en lo que respecta al diseño de las medidas preventivas. Concretamente, en el estudio de Moreno-Jiménez *et al.*, (2008) se ha podido observar el papel moderador de las variables de personalidad como la empatía, la comprensibilidad, el reto y el sentido del humor como moderadores de la relación entre la tarea traumática y la sobrecarga, con el estrés traumático secundario. Igualmente, variables de personalidad como el sentido de coherencia y *hardiness* han mostrado su efectos positivos frente a los riesgos psicosociales (Antonovsky, 1979; Maddi y Kobasa, 1984), mostrándose su efecto muy prometedor para poder prevenir este riesgo psicosocial.

10.2. Desgaste profesional o *burnout*

El desgaste profesional o *burnout asistencial* se caracteriza por un estado de agotamiento físico, emocional y mental como consecuencia de la excesiva implicación laboral y de las altas demandas emocionales del trabajo. Desde este punto de vista, y teniendo en cuenta una perspectiva psicosocial, el desgaste profesional se entiende como una respuesta ante el estrés laboral crónico donde el profesional se siente sin recursos para manejar las demandas del trabajo y de los usuarios, se siente emocionalmente agotado, con la sensación de no poder dar más de sí mismo a nivel emocional, con sentimientos de extenuación, actitudes y conductas negativas hacia los usuarios. Igualmente, el profesional se siente con baja realización personal, y con sentimientos de escasa eficacia profesional, llegando a adoptar actitudes distantes, indiferentes y frías respecto a los usuarios del servicio (Maslach, Jackson y Leiter, 1996). De manera diferente, el *burnout* desde una conceptualización no asistencial, se considera como el resultado de una crisis en la relación del trabajador con el trabajo, pero no necesariamente como una crisis en la relación del trabajador con el usuario (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996).

Otra característica importante en la definición del desgaste profesional es su conceptualización como un proceso, donde el síndrome se desarrolla por la interacción de las características del entorno laboral, organizacional y las características personales. Desde este enfoque, el desgaste profesional no ocurre de manera abrupta, va sucediendo de manera progresiva, produciéndose una serie de fases que pueden tener una sintomatología diferenciada. Autores como Edelwich y Brodsky (1980) han caracterizado el síndrome como una pérdida progresiva de la ilusión, el idealismo y la energía por el trabajo, que sucede, entre otros factores, cuando las expectativas profesionales se ven frustradas.

Para estos autores cuyo modelo se centra en la progresiva desilusión, el *burnout* estaría caracterizado por cuatro estados emocionales que van desde un inicial entusiasmo hasta la apatía. La base del modelo, como se ha comentado se centraría en la frustración

de las expectativas profesionales. Por ejemplo, los profesionales que inicialmente tenían expectativas ideales sienten que la realidad del día a día frustra sus sentimientos de realización, por ejemplo con la falta de recursos organizacionales, humanos, materiales, la escasez de perspectivas profesionales de promoción, el inadecuado apoyo institucional, el bajo estatus social de la profesión, la pérdida de derechos laborales, etc. Así, las emociones que acompañan a este proceso y que van deteriorando al profesional se caracterizan por:

1. *Entusiasmo*: inicialmente el profesional está lleno de energía, trabaja duro, y se compromete con el trabajo cada día. El entusiasmo, el idealismo, la esperanza o las expectativas poco realistas forman parte del día a día del profesional. Existe, además, una excesiva implicación con los usuarios y lo más importante son sus propias necesidades, no tanto las del profesional.
2. *Estancamiento*: las altas expectativas iniciales se van reduciendo, el profesional ya no se implica en exceso con el usuario, y empieza a pensar en sus propias necesidades. Los aspectos relacionados con las condiciones laborales y profesionales (por ejemplo, el horario, los recursos de la organización, el tipo de contrato, la posibilidad de conciliar vida personal y laboral, etc.) se consideran significativos.
3. *Frustración*: este sentimiento se desarrolla cuando el trabajador se siente con pocos recursos para cambiar las situaciones que le generan malestar laboral, y van aumentando los sentimientos de ineficacia. Las expectativas ideales del primer estado se ven frustradas, no se cubren las necesidades personales y empiezan a surgir los sentimientos de insatisfacción laboral. Al mismo tiempo, los factores como la escasez de perspectivas sobre el futuro laboral, el escaso apoyo institucional, una mala política, etc., juegan un importante rol. Se puede observar en el profesional síntomas afectivos, cognitivos y físicos de frustración.
4. *Apatía*: el profesional se retira de su trabajo, física y mentalmente, pero no es un distanciamiento sano, es un comportamiento evitativo. Comienzan las conductas de absentismo, el contacto social con los otros trabajadores disminuye, aumenta el distanciamiento emocional, el cinismo y la insensibilidad.

En este sentido el desgaste profesional sería entendido como un proceso, que ocurre como consecuencia de la discrepancia entre las expectativas de la profesión y el mundo real. Este modelo en parte podría explicar los sentimientos que muestran los trabajadores cuando ven sus expectativas frustradas.

Actualmente, la teoría más preponderante en el estudio del desgaste profesional es la de Conservación de Recursos (COR) (Hobfoll, 1989), que considera que las personas tratan de obtener, construir y proteger lo que forma parte de sus valores o recursos. Concretamente, el estrés desde este punto de vista ocurre cuando los recursos se ven

amenazados, se pierden o no se obtienen beneficios después de los recursos invertidos (Hobfoll y Shirom, 1993), estas situaciones generarían demandas. Los recursos implican diferentes conceptualizaciones, por ejemplo, podemos señalar objetos (instrumentos), características personales (como la autoestima), energía (por ejemplo, salario), condiciones sociales (por ejemplo, las relaciones positivas interpersonales en el trabajo). En definitiva, aspectos que la persona considera que son oportunidades para ampliar o mejorar los recursos.

Así, cuando un trabajador siente que hay pérdida de recursos y un alto nivel de demandas, se pueden producir respuestas desadaptativas ante las situaciones estresantes, que implicarían un alto agotamiento emocional y consecuencias organizacionales como la falta de satisfacción laboral. Cuando esta situación se hace crónica llevaría al desgaste profesional, donde el agotamiento emocional surge primero, y las actitudes cínicas aparecen como un mecanismo de mala adaptación ante las situaciones de estrés que finalmente producen una escasa realización personal (Hobfoll, Freddy, Lane y Geller, 1990). Esta situación, por tanto, llevaría a una espiral de pérdida de recursos.

Recientemente, en uno de los estudios meta-analíticos sobre los artículos de *burnout* (Crawford, LePine y Rich, 2010) se ha podido comprobar que cuando un trabajador siente que está perdiendo recursos y que además percibe un alto nivel de demandas, las respuestas que puede generar serán poco adaptativas y esta situación va en aumento. Desde este planteamiento, se observa que la experiencia prolongada de escasos recursos y un alto nivel de demandas, conduce a una situación que acaba agotando al trabajador y lesionando de manera continuada sus recursos personales, tales como la energía, el compromiso laboral y la percepción de eficacia, lo que llevaría a la situación de desgaste profesional (Hobfoll *et al.*, 1990).

Un alto nivel de demandas, concretamente, los problemas derivados del rol, por ejemplo, ambigüedad y conflicto de rol, así como las situaciones de sobrecarga, e importantes pérdidas de recursos, como por ejemplo, de control y autonomía, llevarían a la experiencia de agotamiento emocional en primer lugar, después actitudes frías y cínicas, y por último la falta de realización profesional, y a una situación continua de pérdida de recursos que puede aumentar el sentimiento de incompetencia por parte del profesional.

Es importante señalar, siguiendo a Stamm (2002), las diferencias entre el estrés traumático y el *burnout*. Así, el estrés traumático tiene una tasa de recuperación de los síntomas mayor que el desgaste profesional, y donde lo que predomina es el sentido de incapacidad de ayudar y una sensación de confusión y aislamiento que en el estrés laboral crónico o *burnout* no surgirían. La sintomatología del estrés traumático secundario y el desgaste profesional serían diferentes y tendrían como elemento común que son síndromes derivados principalmente de la actividad de ayudar y asistir a personas en necesidad. La sintomatología del estrés traumático secundario es aguda, por el contrario, la del desgaste profesional, es crónica. Aunque actualmente en discusión, la génesis de estos riesgos psicosociales también es diferente en el estrés traumático secundario parece que depende en mayor medida del tipo de de víctimas, mientras que

en el desgaste profesional depende más de factores organizacionales y laborales. No obstante, también existen elementos comunes en ambos riesgos psicosociales, pueden existir elementos de transición y facilitación, pero también los profesionales pueden verse afectados por estos riesgos psicosociales de manera independiente, son modelos, por tanto, conceptuales diferentes (Moreno-Jiménez *et al.*, 2004).

Finalmente, aunque la principal causa del desgaste profesional son las variables organizacionales y laborales, no se puede desatender a otros aspectos relevantes que pueden actuar como factores de protección o vulnerabilidad. Así por ejemplo, en el meta-análisis realizado por Alarcón, Eschleman y Bowling (2009) donde se examinó la relación entre la personalidad y las tres dimensiones del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) (Maslach y Jackson, 1986): agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Se pudo comprobar la relación existente entre la autoestima, la autoeficacia, el locus de control, la estabilidad emocional, la extraversión, la escrupulosidad, la agradabilidad, la afectividad positiva, la afectividad negativa, el optimismo, la personalidad proactiva, y la resistencia con cada una de las dimensiones de *burnout*. Recientemente, en el meta-análisis de Swider y Zimmerman (2010) se han obtenido relaciones similares. Igualmente, cuando se analizan variables personales de manera conjunta como en el modelo de Capital Psicológico (Luthans, Luthans y Luthans, 2007) que considera un conjunto de recursos personales como son la autoeficacia, atribuciones positivas como el optimismo y la esperanza, entendida como la convicción que mantiene la ilusión hacia la consecución de los objetivos, se encuentran asociaciones inversas con el desgaste profesional de este conjunto de variables. Equivalentemente, en el modelo de resistencia o resiliencia emocional (Garrosa, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz y Rodríguez-Carvajal, 2011) se obtienen el efecto significativo del conjunto de variables incluidas: *hardiness*, optimismo y competencia emocional, para predecir de manera inversa el desgaste profesional.

10.3. Principales problemas asociados a los riesgos psicosociales

Los riesgos psicosociales tienen consecuencias de manera inmediata, pero también efectos a más largo plazo. Los efectos a largo plazo tienen que ver con consecuencias nocivas para el individuo en forma de enfermedad y pérdida del bienestar (por ejemplo, alteraciones psicosomáticas, deterioro de las relaciones interpersonales, pérdida de la capacidad de disfrute, etc.). No obstante, los efectos no son sólo a nivel del trabajador también hay consecuencias importantes en la organización (abandono, pérdida de compromiso y satisfacción laboral, entre otros), así como importantes consecuencias en el servicio asistencial prestado (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 1997; Schaufeli y Enzmann, 1998; Spector y Fox, 2005) (ver [cuadro 10.2](#)).

Cuadro 10.2. Consecuencias de los riesgos psicosociales

<i>Emocionales-cognitivas</i>	<i>Conductas contraproducentes</i>	<i>Sociales</i>
<ul style="list-style-type: none"> – Alteración del estado de ánimo (ansiedad, depresión, etc.) – Hostilidad, resentimiento – Excitabilidad, irritabilidad – Pérdida del contexto justificativo del trabajo – Pérdida de valores y significado – Pérdida de expectativas – Pérdida de creatividad – Criticismo – Pérdida de autoestima y autoeficacia 	<ul style="list-style-type: none"> – Evitación de decisiones y responsabilidades – Presentismo – Absentismo – Aumento de los errores – Falta de organización – Adicciones 	<ul style="list-style-type: none"> – Conflictos y dificultad para las relaciones interpersonales – Agresión laboral – Formación de grupos críticos – Aislamiento

Los riesgos psicosociales tienen importantes consecuencias para el trabajador; a nivel emocional se puede producir activación permanente o estado de alerta que puede llevar al agotamiento, depresión, disminución del control emocional, miedo y ansiedad. A nivel actitudinal puede surgir cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia, entre otros. Y motivacionalmente, se puede manifestar pérdida del significado del trabajo, del entusiasmo, de la ilusión, anhedonia, etc.

Como se ha señalado, los riesgos psicosociales pueden tener consecuencias de forma somática y generar enfermedad, no sólo consecuencias psicológicas. A este nivel, pueden manifestarse cefaleas, dificultades en el sueño, infecciones respiratorias, problemas gastrointestinales (Rogers y Kelloway, 1997; Schat, Frone y Kelloway, 2006). Igualmente, se han señalado otros síntomas somáticos relacionados como los problemas músculo-esqueléticos, aumento de la presión arterial, problemas cardíacos, etc. (Schat, Frone y Kelloway, 2006). No obstante, la investigación en este sentido continúa siendo insuficiente y son necesarias más investigaciones a este respecto.

Estas consecuencias producen un deterioro de la salud de los profesionales y de sus relaciones interpersonales fuera del ámbito laboral, con lo que existen repercusiones en la calidad de vida del trabajador (Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007). Igualmente, no

pueden olvidarse las consecuencias de los riesgos psicosociales sobre las relaciones interpersonales, que se pueden traducir en hostilidad, apatía, cambios bruscos de humor, etc. Estas alteraciones pueden además ser desencadenantes de conductas incívicas y de agresión laboral (Bies y Tripp, 1998; Glomb, 2002).

Adicionalmente, tal y como señala Maslach (1982) las consecuencias de los riesgos psicosociales no desaparecen cuando el trabajador deja el trabajo, por el contrario, afectan a su familia, amigos y compañeros, lo que puede generar un deterioro importante de las relaciones interpersonales y un aumento de los conflictos, con lo que el problema se va haciendo de mayor dilatación y hay más dificultad para separar la vida personal de la laboral.

Los riesgos psicosociales tienen importantes consecuencias sobre las organizaciones, puede influir a nivel de objetivos y resultados. Así, aumentan las conductas contraproducentes (Spector y Fox, 2005), por ejemplo, la satisfacción laboral disminuye, aumenta el absentismo laboral, o lo que es mas grave estar en el puesto de trabajo pero ausente en la toma de responsabilidades, la propensión al abandono del puesto o de la organización, en general una baja implicación y un bajo interés por las actividades laborales. Estas consecuencias producen un deterioro importante en la calidad de los servicios al usuario, aumentando los errores y también los accidentes laborales, las conductas imprudentes y disminuye la creatividad, el juicio o el criterio del trabajador es menos exigente, o muestra más dificultad en la toma de decisiones, etc.

Estas consecuencias manifiestamente tienen una influencia en el conjunto de la sociedad, produciéndose un deterioro del servicio público en general, de la calidad asistencial (Gálvez, Moreno y Mingote, 2009). Conjuntamente, las características concretas de la situación actual hacen que la situación empeore, ya que a pesar de que los profesionales se sienten desgastados no abandonan la organización por los problemas sociales y económicos que en sus vidas esto conllevaría. La mayoría de los profesionales pueden seguir en el puesto, utilizando estrategias de ausencia o distanciamiento, falta imprudente en la toma de decisiones y comportamientos evitativos. Las consecuencias de esta situación pueden poner en peligro la salud del propio trabajador, los compañeros y los usuarios del servicio, aumentando la probabilidad de accidentes laborales, y disminuyendo también considerablemente, la calidad del servicio asistencial, la eficacia y la eficiencia productiva.

Otra consecuencia que se deriva de las actitudes frías que va adquiriendo el profesional desgastado es el deterioro en la calidad de servicio que ofrece la organización. Los profesionales desgastados pueden llegar a culpar de su agotamiento a los usuarios, ya que en algunas ocasiones se sienten incluso maltratados por los propios usuarios y familiares, y esta situación tiene unas repercusiones muy importantes en la calidad asistencial. No solamente adoptan actitudes rutinarias, duras y deshumanizadas en el desarrollo del servicio, también se presta menos atención a las necesidades del receptor. Por ejemplo, pueden utilizar menos tiempo con los usuarios, se produce evitación de ciertas tareas, y el contacto visual y físico se evita (Maslach, 1986).

En definitiva los riesgos psicosociales influyen de manera clara en la falta de

compromiso organizacional y en la vinculación con el trabajo, lo que ha sido utilizado como indicador del deterioro en la calidad del servicio prestado (Bakker y Leiter, 2010).

10.4. Conclusiones

Los factores organizacionales, como por ejemplo, los horarios, la cantidad de usuarios a atender, la sobrecarga laboral, emocional y temporal, la falta de recursos humanos, materiales y de reconocimiento, etc., son factores de riesgo de estrés traumático secundario y desgaste profesional.

La personalidad y el apoyo social pueden moderar la relación entre la empatía y el estrés traumático secundario.

La sintomatología de estrés traumático secundario se manifiesta en una serie de reacciones emocionales-cognitivas, motoras y somáticas.

El estrés traumático secundario puede ocurrir súbitamente.

El desgaste profesional o *burnout* se caracteriza por un estado de agotamiento físico, emocional y mental, como consecuencia de la excesiva implicación laboral y de las altas demandas del trabajo.

La experiencia prolongada de escasos recursos y un alto nivel de demandas conducen al agotamiento y a la pérdida de expectativas profesionales.

Los recursos personales englobados en el modelo de capital psicológico y de resistencia emocional pueden ser factores protectores del desgaste profesional.

Las consecuencias de los riesgos psicosociales afectan al trabajador en forma de enfermedad y pérdida de bienestar, a la organización y a la calidad del servicio asistencial.

Prevención de riesgos psicosociales con intervinientes: buenas prácticas para el autocuidado

"Si ya sabes lo que tienes que hacer y no lo haces, entonces estás peor que antes"

Confucio

En este capítulo se abordarán distintas estrategias de prevención e intervención con intervinientes (sanitarios, bomberos, cuerpos de seguridad, etc.), a través de un enfoque que combina acciones a nivel personal, organizacional y relacional. Los trabajadores de emergencias, dadas las características peculiares de su profesión en contacto con situaciones traumáticas, necesitan tener unas adecuadas condiciones laborales, mejorar las competencias emocionales de resistencia y la formación en materia de autocuidado, ante las experiencias emocionales agudas y crónicas laborales. Para ello, se tratará de ir fomentando los recursos personales y organizacionales de una manera integrada, aspectos especialmente necesarios en estas profesiones con importantes riesgos psicosociales.

Desde esta perspectiva, el objetivo último sería conseguir el cuidado emocional del profesional y mejorar sus experiencias de recuperación, para tener más recursos de resistencia. Igualmente, es importante crear un ambiente sano de trabajo, lo que a su vez repercutirá en una mejor calidad del servicio prestado y en la prevención de los riesgos psicosociales específicos de los profesionales de emergencias. Potencialmente, es importante señalar que una intervención centrada exclusivamente en las competencias emocionales de resistencia y el autocuidado, sin producir los cambios pertinentes en la organización que permitan al trabajador restablecer su equilibrio, sólo conseguiría mitigar los efectos a corto plazo de los riesgos específicos que sufren estos trabajadores, y el problema real seguiría sin solución efectiva, pudiendo generar una espiral negativa de

conductas nocivas con importantes consecuencias individuales, organizacionales y para el usuario (De Jonge *et al.*, 2001; Schaufeli y Enzmann, 1998).

11.1. Actuaciones preventivas: evaluación y formación

Para poder actuar sobre los riesgos psicosociales específicos en emergencias, el primer paso tiene que ver con el manejo didáctico de los problemas laborales y las situaciones emocionales que pueden sufrir estos profesionales, para ello se llevarán a cabo tres procesos básicos: el manejo didáctico de los riesgos psicosociales específicos, el desarrollo de perfiles de riesgos y, por último, la observación e identificación de los síntomas subyacentes. La mejor herramienta para evitar las consecuencias asociadas al contacto con el trabajo es la formación, desde este punto de vista si el interviniente conoce los riesgos, puede aprender a detectarlos y a tomar las medidas necesarias para su prevención.

11.1.1. Fase didáctica de los riesgos psicosociales en emergencias

En un programa de prevención es fundamental incluir la fase didáctica para el manejo de los riesgos psicosociales específicos de los profesionales. Este aspecto se puede tratar como una primera fase del programa que implicaría el desarrollo y discusión de los diferentes modelos teóricos explicativos de los riesgos psicosociales en emergencias, el análisis de los factores organizacionales implicados y laborales, que pueden actuar como factores antecedentes de los riesgos, así como los consecuentes, y las variables de personalidad y los recursos personales que podrían actuar como factores de protección o resistencia. Igualmente, la fase didáctica puede ir desarrollándose de manera progresiva con la propia evaluación y experiencias personales de los profesionales. Los recursos utilizados para ello pueden consistir en la discusión de la teoría, el estudio de experiencias laborales, la lectura y revisión de los documentos (por ejemplo, artículos científicos, libros, páginas en Internet específicas, documentos elaborados concretamente para la acción formativa, etc.), es muy importante basarse y utilizar de manera sistemática la experiencia de los profesionales, en este sentido el programa grupal se puede convertir en un elemento muy importante de apoyo organizacional. Se trataría de ir construyendo la situación del origen de los riesgos psicosociales en los profesionales de emergencias, profundizando en las causas, síntomas y consecuencias del proceso, reflexionando sobre todos los elementos implicados a partir de la propia experiencia personal y laboral.

11.1.2. *Desarrollo de perfiles de los riesgos psicosociales*

Para conocer en qué medida se desarrollan los riesgos específicos que pueden sufrir los profesionales de emergencias, se pueden utilizar una serie de instrumentos que evalúan los síntomas específicos asociados, y que pueden ser una medida de evaluación para tomar las oportunas medidas preventivas o interventivas, dependiendo de la fase del proceso en la que se encuentre.

Entre los instrumentos, se puede citar *Secondary Traumatic Stress Scale* (STSS; Bride, Robinson, Yegidis, B., y Figley, 2004) está compuesta por 17 ítems que se responden según una escala tipo Likert, con ella se evalúan los síntomas de estrés que están asociados con la exposición en el trabajo, con usuarios que han sufrido situaciones traumáticas. Cada uno de los 17 síntomas de estrés postraumático corresponde a los criterios diagnósticos del DSM-IV-T (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. APA, 2000). Los intervinientes tienen que responder con qué frecuencia ha experimentado los síntomas en los últimos 7 días, desde nunca hasta con mucha frecuencia. Esta escala (STSS) está compuesta por tres subescalas: intrusión, evitación y activación. Bride *et al.* (2004) han medido la propiedades psicométricas del STSS en una muestra de 287 trabajadores sociales y han encontrado valores Alfa de Cronbach para la totalidad de la escala de = .93, para intrusión de = .80, la escala de evitación = .87, y la de arousal de = .83. Igualmente, los datos obtenidos a través del análisis confirmatorio demuestran la estructura de los tres factores señalada. Stamm (2002) de la misma manera ha obtenido resultados positivos de fiabilidad y validez con muestras de distintos profesionales de emergencias. Estudios recientes también confirman su validez y fiabilidad (Badger Royse, y Craig, 2008; Domínguez-Gomez y Rutledge's, 2009).

Otro instrumento a utilizar sería el *Compassion Fatigue Self Test* (CFST; Figley, 1995), que está compuesto de 66 ítems que incluyen tres subescalas: fatiga de compasión (23 ítems), satisfacción de compasión (26 ítems) y *burnout* (16 ítems). El cuestionario evalúa los efectos o consecuencias negativas del trabajo en situaciones traumáticas, pero también evalúa una escala positiva que es la satisfacción en las situaciones de compasión. Figley ha mostrado buenos índices de consistencia interna desde .86 hasta .94. Igualmente, Ortlepp y Friedman (2002) obtuvieron coeficientes de consistencia interna de .91 para la totalidad de la escala, de .84 para la de fatiga de compasión, de .83 para *burnout* y de .85 para la escala de satisfacción. La escala de Compassion Fatigue ha sido revisada (CF-R; Gentry *et al.*, 2002) y consiste en 30 ítems que miden estrés traumático secundario y *burnout*. Se responde según una escala desde 1 (raramente/nunca) hasta 10 (muy frecuentemente). Adams, Boscarino y Figley (2006) han eliminado algunos ítems y actualmente existe una versión reducida de 13 ítems que miden estrés traumático secundario (5 ítems) y *burnout* (8 ítems) y que presenta buenos índices de fiabilidad y validez.

En España, se ha desarrollado la *Escala de Estrés Traumático Secundario* (Moreno-Jiménez *et al.*, 2004). Este cuestionario, además del síndrome de estrés traumático,

permite evaluar las variables antecedentes, las variables de personalidad que pueden estar influyendo y las consecuencias sociales, laborales y personales que el estrés traumático secundario puede producir. Por ejemplo, el síndrome se evalúa mediante la subescala de fatiga por compasión que mide el grado de agotamiento físico y emocional que el profesional padece debido a la labor asistencial y de auxilio que realiza, la subescala trauma secundario con reacciones de estrés postraumático relacionado con el trabajo o con la exposición a material altamente estresante en el cuidado. Se recogen reacciones cognitivas, emocionales, conductuales y somáticas, de acuerdo con la clasificación que establece el DSMIV-TR (APA, 2000). Finalmente, la dimensión sacudida de creencias hace referencia al cambio de creencias o valores que puede tener lugar tras el trauma. En cuanto a los antecedentes tiene en cuenta la carga laboral y temporal, antecedente específico del estrés traumático en trabajadores de emergencias, la tarea traumática que evalúa el grado de exposición a situaciones altamente estresantes, emocionalmente demandantes o traumáticas ocurridas en el lugar de trabajo. Y como variables de personalidad la empatía, el reto, la comprensibilidad y el sentido del humor que actuarían como factores de protección.

No hay que olvidar que los riesgos psicosociales no surgen de manera abrupta o puntual, ocurren como consecuencia de un proceso y en este sentido cada vez existen herramientas más precisas para evaluar la complejidad de este problema. Un elemento clave en el desarrollo de estos riesgos psicosociales es cuando se rompe el equilibrio entre las demandas de la organización y sus recursos aportados. La intervención de emergencias es un trabajo con alto nivel de demandas, en este sentido la organización igualmente debe cuidar por la salud de sus trabajadores aportándole recursos para evitar estos riesgos psicosociales y sus consecuencias.

El empleo de instrumentos que evalúan todos los elementos del proceso implicados puede igualmente constituir una parte preventiva de la organización comprometida con la salud de sus trabajadores, en cuanto a la prevención de obligado cumplimiento de los riesgos psicosociales. Evaluar el proceso implica estudiar las fuentes de estrés específicas de estos profesionales, los síntomas específicos que subyacen a los riesgos psicosociales comentados, las consecuencias personales, organizacionales y para el usuario, así como las variables personales facilitadoras o inhibidoras. Adicionalmente, los resultados obtenidos de las evaluaciones pueden ser comparados con los de otros miembros de la organización, ofreciendo una información de primera magnitud para el establecimiento de medidas organizacionales y resultando especialmente útil como medida de la eficacia de los programas de intervención implementados en la organización, así como el desarrollo de los recursos necesarios en este sentido.

Por ejemplo en el ámbito sanitario, existen instrumentos específicos que evalúan el desgaste profesional atendiendo a factores antecedentes organizacionales (estrés de rol, interacción conflictiva, contacto con el dolor y el sufrimiento, etc.), síndrome (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización), consecuentes (consecuencias psicológicas, físicas, organizacionales y socio-familiares) y moderadores (personalidad resistente y estrategias de afrontamiento). Para enfermeras se encuentra el

Desgaste Profesional en Enfermería (CDPE; Moreno-Jiménez, Garrosa y González, 2000). Para la evaluación de los profesionales de la medicina, existe un instrumento específico, el Cuestionario de Desgaste Profesional Médico (CDPM; Gálvez, Moreno y Mingote, 2009), que está compuesto por 4 escalas que se pueden utilizar de forma independiente o conjunta según los objetivos de la evaluación: escala de antecedentes del desgaste profesional médico, escala del síndrome de desgaste profesional médico, escala de consecuentes y escala de personalidad positiva. Estos instrumentos de evaluación en su estructura podrían adaptarse a otras profesiones en el ámbito de emergencias como bomberos y policías, pero sería necesario atender a sus factores antecedentes específicos.

11.1.3. Identificación y observación de los síntomas

Los programas centrados en el profesional suelen enfatizar la actuación sobre las respuestas de los problemas laborales (por ejemplo, trauma profesional, fatiga de compasión, *burnout*, etc.). Cuando se conoce el problema, se puede aprender a identificarlo, en este caso los procesos básicos consisten en la autoobservación y autoevaluación de los síntomas. Es importante que la persona conozca cómo responde ante las situaciones estresantes y traumáticas, establecer un perfil personal de sus respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y conductuales. Para ello, los procedimientos más habitualmente utilizados han sido la autovaloración y el autorregistro. A partir de este tipo de procedimiento se puede obtener un perfil personal, conociendo cuáles son las respuestas más frecuentes para el trabajador (ver [figura 11.1](#)) o con perfiles específicos diseñados para las características particulares de la profesión de emergencias. Con la autoobservación, se pretende que el profesional sea consciente de cómo le afecta el estrés que está sufriendo y se pueden establecer indicadores de riesgos con las medidas de intervención en cada caso. En la medida en que se produzcan evaluaciones sistemáticas, los profesionales pueden actuar rápidamente ante las situaciones de riesgos y evitar que el problema se haga crónico o aumente, volviendo de una manera eficaz a la restauración del equilibrio.

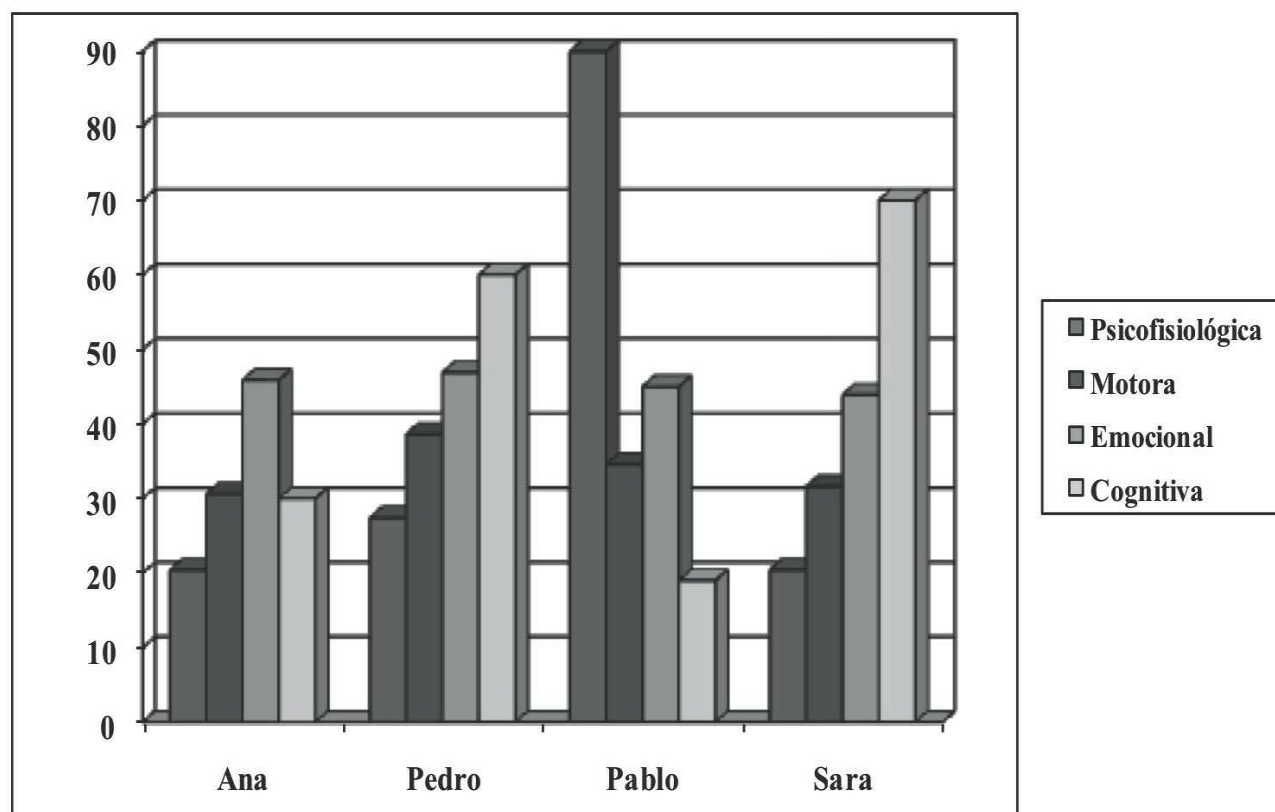


Figura 11.1. Perfiles individuales de respuesta.

11.2. Estrategias de afrontamiento y ajuste de expectativas profesionales

De manera conjunta, es relevante la formación dentro del campo específico del trauma, algunos autores lo consideran esencial (Sánchez, 2006). Resulta aquí especialmente importante el conocimiento para aprender a prever y asumir responsabilidades realistas de la profesión. Las situaciones a las que se someten los profesionales de emergencia están cargadas de importantes grados de imprevisibilidad, con lo que en la medida que el profesional cuente con protocolos más o menos estandarizados puede proporcionar un cierto grado de control sobre la ambigüedad y ayudar a enfrentar las situaciones cargadas emocionalmente (tareas de rescate, presenciar de forma continuada lesiones graves o la muerte de personas, intervenir con menores, comunicar malas noticias, etc.). Este conocimiento ayuda a anticipar la situación y promueve mejores recursos profesionales, más eficaces, en el plano social y personal. Es importante tener una formación ajustada, así como perspectivas realistas de la capacidad de actuación del profesional, en la medida en que se compartan los problemas laborales en situaciones de afrontamiento y se tenga una actitud positiva ante las críticas y las situaciones de mejora, los profesionales pueden tener unas expectativas más ajustadas de su rol profesional y se evitarán pensamientos idealistas como el sentimiento de invulnerabilidad y de capacidad de control que evitan que el profesional pueda reconocer

sus emociones negativas, miedos, inseguridades, etc.

Algunos de los objetivos que se recomiendan (Sánchez, 2006) conseguir con esta formación específica y el entrenamiento son:

1. Conocer las reacciones humanas ante los traumas.
2. Evaluar tanto las respuestas adaptativas como las patológicas.
3. Desarrollar técnicas que permitan evaluar la situación.
4. Limitar y alterar el tipo de exposición al trauma.
5. Disminuir las reacciones de sorpresa y de imprevisto.
6. Generar sensación de confianza y de dominio de la situación, que aumentaría los niveles de autoeficacia.

Igualmente, otras estrategias de afrontamiento especialmente relevantes en las situaciones a las que se someten estos profesionales tienen que ver con aprender a mantener la calma y la tranquilidad. En la medida en que el profesional siente que puede manejar la situación y que ha recibido la formación adecuada esta estrategia se desarrolla en mayor medida.

Potencialmente, es importante desarrollar un proceso de atribución realista en las situaciones traumáticas, teniendo en cuenta el valor positivo de la experiencia y la formación. Esto es, el desarrollo de habilidades, formas y acciones que ayuden a mitigar el impacto del trauma y la asunción de situaciones donde se produce un éxito limitado. En múltiples ocasiones los profesionales en contacto con el trauma forman sentimientos contradictorios de fracaso y de éxito ante la intervención profesional que se suceden; y finalmente, el sentimiento que predomina es el de la incapacidad, el de no hacer lo suficiente, la creencia de que no es posible un resultado óptimo (por ejemplo, "no he sido capaz de salvarle la vida"). Es necesario abordar desde una perspectiva realista y de la reformulación de las propias posibilidades realistas de la intervención profesional. En definitiva, cuanto más conozca el profesional sobre sus propias necesidades y recursos será más capaz de lograr un procesamiento más eficaz que le permita limitar el impacto del trauma y una valoración más realista del afrontamiento profesional, reformulando el concepto de éxito profesional.

De la misma manera, es sumamente importante el ajuste de expectativas profesionales. Así, por ejemplo, autores clásicos han insistido en la importancia de las expectativas profesionales (Meier, 1983). Concretamente, en el desgaste profesional algunos autores consideran que está muy relacionado con tener expectativas irreales sobre la profesión, las posibilidades de actuación y destacan la importancia que requiere su evaluación (Villa-George *et al.*, 2011). Desde la perspectiva de Meier (1983) es importante atender a tres tipos de expectativas esenciales: la expectativa de refuerzo, de resultado y de eficacia.

Las expectativas de refuerzo se refieren a que los profesionales esperan que el resultado de sus acciones sean valoradas y tengan significado para las personas atendidas, de tal manera, que los profesionales esperan conseguir refuerzo por parte de estas. En la

medida en que el profesional tenga esta expectativa y no se cumpla es probable que el desgaste profesional se desarrolle.

La expectativa de resultado tiene que ver con que la conducta está relacionada con una serie de consecuencias u objetivos que se desean conseguir. Si esta situación no ocurre, el profesional puede sentirse sin capacidad de control, y empezará a preocuparse ya que sentirá que no podrá obtener los resultados porque no tiene capacidad de control para conseguir las situaciones.

La expectativa de eficacia insiste en las actitudes de los profesionales sobre las expectativas de su propia competencia, estas expectativas se relacionan también con la consecución de resultados y metas. Cuando los profesionales se sienten competentes, actúan y son persistentes para conseguir los objetivos. De manera contraria, si la expectativa de eficacia no se confirma, el profesional puede sentirse con falta de realización personal.

En definitiva, estas expectativas juegan roles diferentes en el desarrollo del desgaste profesional, concretamente, que no se cumpla la expectativa de resultado se relaciona con la indefensión aprendida, y la expectativa de eficacia cuando no se cumple con la falta de realización (Garrosa, 2006). Otros autores han podido comprobar el papel principal que ejercen las expectativas profesionales cuando no son ajustadas en el desarrollo del desgaste profesional (Moreno-Jiménez *et al.*, 2006).

Como ejercicio para trabajar las expectativas profesionales, se puede plantear el análisis y discusión de las expectativas iniciales, así como, sus posibles errores de formulación, el ajuste de las expectativas desde el conocimiento de la experiencia de manera individual o en grupo, y finalmente su planteamiento realista.

11.3. Identificación de los factores protectores

11.3.1. Desarrollo de recursos emocionales de resistencia

El desarrollo de los recursos emocionales de resistencia implica que las competencias emocionales de los trabajadores juegan un papel esencial en la prevención de los riesgos psicosociales. Este modelo hace referencia a las habilidades positivas personales que están relacionadas con el bienestar en las organizaciones y con una cultura saludable. Desde este modelo, no se considera que las personas son meros agentes pasivos, que reaccionan solamente ante las situaciones profesionales a posteriori. Desde esta perspectiva, se considera que el interviniente puede desarrollar o incrementar los recursos emocionales de resistencia que delimitan un conjunto de variables personales relevantes para conocer y predecir las fuentes de resistencia ante los riesgos psicosociales. Dentro de estas variables positivas, se consideran la personalidad resistente, el optimismo y la competencia emocional (Garrosa *et al.*, 2011). Desde este enfoque se han seleccionado

las variables que tienen componentes emocionales y motivacionales, y que se relacionan de manera inversa con el agotamiento emocional o la fatiga, influyen en el nivel de energía de los trabajadores a través de la generación de estados de ánimo positivos que potencian los procesos de salud y bienestar del profesional, y por tanto, también la organización saludable. Siguiendo a Fredrickson (1998) el efecto de las emociones positivas construye y amplía los recursos personales y los procedimientos de acción, y nos hace ser más resistentes en las situaciones difíciles de la vida cotidiana (ver [figura 11.2](#)).

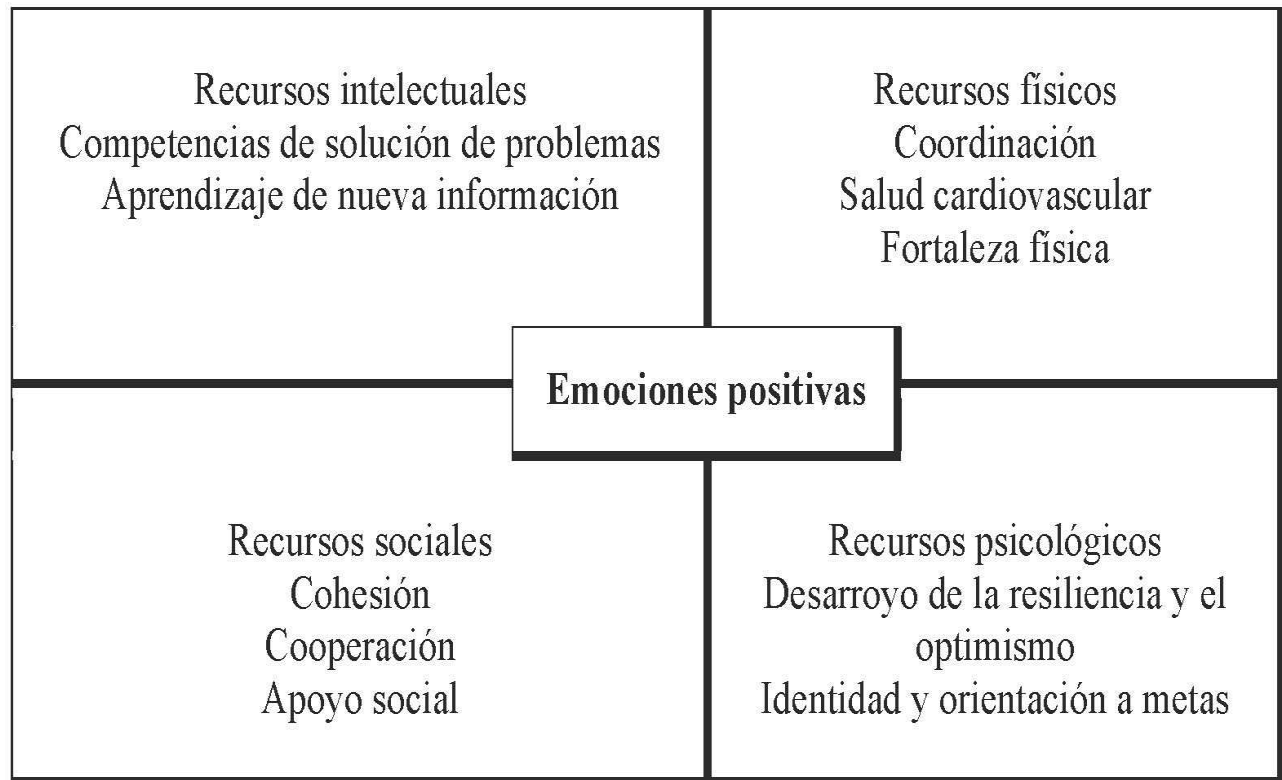


Figura 11.2. Efectos de las emociones positivas y la generación de recursos (Fredrickson, 1998).

El profesional necesita autorregular sus emociones y conseguir entender las emociones de las personas con las que interviene, aspectos que tienen que ver con el manejo de pensamientos, imágenes, emociones, etc., y que implican un nivel elevado de competencia emocional y recursos personales para resolver los problemas laborales, sin lugar a dudas para los profesionales de emergencias, que están en contacto cercano con el trauma, estas habilidades son básicas en el desarrollo de su trabajo y para la prevención de los riesgos asociados a las peculiaridades inherentes a su profesión. Por ello, los profesionales con recursos de competencia emocional de resistencia resolverán un mayor número de situaciones problemáticas, y utilizarán más estrategias de autocuidado y de regulación emocional. Especialmente, estas habilidades son necesarias en el caso de los trabajadores de emergencias que requieren el manejo de las emociones

y situaciones traumáticas como una parte importante de su trabajo, además de responder a las exigencias físicas y mentales de las características propias del trabajo, sin olvidar que estos profesionales realizan su trabajo a pie de calle con las consecuencias que esto implica y los potenciales estresores.

Aprender a desarrollar o potenciar los recursos emocionales de resistencia implica incrementar la *personalidad resistente* para fomentar una actitud ante la vida de compromiso, control y reto, y en una serie de estrategias o habilidades para resolver las distintas situaciones del estrés, modificar el estado de ánimo negativo, y desarrollar prácticas de autocuidado. Estas actitudes incluyen diferentes estrategias de afrontamiento activo y de transformación de las situaciones laborales problemáticas, y de interacción social, mejorando la búsqueda de apoyo social por parte de los compañeros y la organización, así como prácticas de autocuidado (la relajación, el descanso, la alimentación y el ejercicio físico, entre otros). La personalidad resistente tiene que ver con aprender a evaluar las situaciones difíciles como desafíos que merece la pena intentar, con la implicación en el trabajo, con los compañeros, y con la percepción de control sobre la vida y las situaciones laborales (Kobasa, 1982). No obstante, con la personalidad resistente se trata de aprender a flexibilizar los problemas, a mostrar una mayor tolerancia cognitiva frente a la ambigüedad. Con la personalidad resistente se desarrolla también el apoyo mutuo y la búsqueda de la solución de los problemas de manera colectiva, la cooperación y el trabajo en equipo es una característica de la personalidad resistente, con su sentimiento de comunidad. Elementos igualmente importantes para los profesionales de emergencia, donde el apoyo mutuo se hace tan necesario dado el carácter particular de la profesión y la urgencia en la toma de decisiones de importante responsabilidad.

Además es preciso fomentar el optimismo, sobre todo la expectativa generalizada de que las cosas se pueden resolver (Carver y Scheier, 1990). El aprendizaje de optimismo implica un proceso o mecanismo de autorregulación que las personas utilizan para conseguir las metas, descubrir los impedimentos que pueden encontrarse en el camino, y elegir la estrategia más adecuada de acuerdo también con los propios valores. Una actitud optimista ante la vida y ante los problemas laborales aumentará la probabilidad de mantener un continuo esfuerzo por conseguir los objetivos, desarrollando la capacidad de persistencia y el aprendizaje como elemento esencial. Desde esta perspectiva, los profesionales adoptan una disposición optimista que está relacionada con los resultados y con las estrategias de afrontamiento activas y efectivas y con el crecimiento de autoeficacia.

Para desarrollar la *competencia emocional* es importante potenciar una serie de capacidades que tienen que ver con el conocimiento de las propias emociones, las habilidades para discriminar y entender las emociones de los otros, la expresión de las emociones y la capacidad de autoeficacia emocional (Saarni, 2000), esto es sentirse componente en relación con la experiencia emocional propia y con la ajena. La competencia emocional, en el caso de los trabajadores de emergencia es crítica, tanto a nivel intrapersonal, que implica cómo desarrollar las competencias emocionales y cómo

usarlas personalmente, como a nivel interpersonal, extendidas al ámbito social, para ser más efectivos en las relaciones con los otros, especialmente con los pacientes o usuarios.

Uno de los efectos positivos de la competencia emocional es la resiliencia, así las personas con competencia emocional son capaces de enfrentar estresores y adversidades, reduciendo además la intensidad del estrés y produciendo un decremento de signos emocionales negativos, como la ansiedad, la depresión, o la rabia, y aumentando la curiosidad, la creatividad y la salud emocional. La competencia emocional a través de su efecto en la autorregulación emocional se relaciona con las emociones positivas.

Desde esta perspectiva, son muchos los trabajos que demuestran la influencia positiva de la expresión emocional (Pennebaker, 1997) y que han señalado que la expresión emocional de las experiencias traumáticas directas o secundarias previenen a largo plazo los problemas de la salud y generan un aumento en el funcionamiento del sistema inmunológico (Owen *et al.*, 2006; Pennebaker, 1997; Pennebaker y Seagal, 1999; Petrie, Booth y Pennebaker, 1998). Así, por ejemplo, el ejercicio desarrollado por Pennebaker (2004) sobre escritura emocional que ha sido aplicado en distintos contextos y que, de acuerdo con la revisión de Cabrera (2006), ha provocado mejoras en la salud física y psicológica de los participantes, puede ser una buena herramienta práctica para los profesionales de emergencias.

No obstante, Cabrera (2006) señala que algunas formas de escribir parecen mostrar mejores efectos en la salud que otras. Por ejemplo, es importante identificar y etiquetar adecuadamente las emociones negativas y positivas, construir una historia coherente y significativa de los hechos traumáticos y poder narrar la experiencia desde diversas perspectivas. Así mismo indica que las personas que más se beneficiarían de los ejercicios de escritura son aquellos que han vivido una situación traumática y tienen dificultades para confrontar los hechos con otras personas y por ello mantienen en secreto sus dificultades.

Propuestas similares se han llevado a cabo ante los incidentes críticos estresantes que sufrieron los profesionales de emergencias durante el 11-M, concretamente el servicio de SAMUR-Protección Civil a través del programa atención psicológica inmediata para los profesionales se animaba a hablar de lo ocurrido y se generaron grupos específicos para narrar la experiencia (Rolle, 2004).

Igualmente, la competencia emocional es muy relevante para la generación de un clima grupal positivo, eficaz, productivo y de bienestar en las organizaciones, fomentando el compromiso, la eficacia y la realización personal (Cherniss, 2010; Garrosa *et al.*, 2011). En diferentes investigaciones se ha comprobado que la competencia emocional de los trabajadores favorece la creación de una cultura ética entre los trabajadores y hacia los usuarios, una mayor adaptación a las exigencias emocionales laborales, un sistema de comunicación honesta y una aceptación de la expresión de las emociones (Garrosa *et al.*, 2011).

Todas estas variables comentadas se trabajan de manera relacionada para desarrollar los procesos emocionales de resistencia que actuarían como elementos protectores de las patologías psicosociales y que aumentan la probabilidad de que los trabajadores

desarrollen el bienestar en las organizaciones. Los recursos emocionales de resistencia tienen un marcado carácter saludable, estarían vinculados a puntuaciones de estrés más bajas, a estados emocionales positivos, al uso de estrategias de afrontamiento adaptativas, a puntuaciones altas en compromiso laboral, autoeficacia, y a un mayor bienestar subjetivo (ver [figura 11.3](#)).

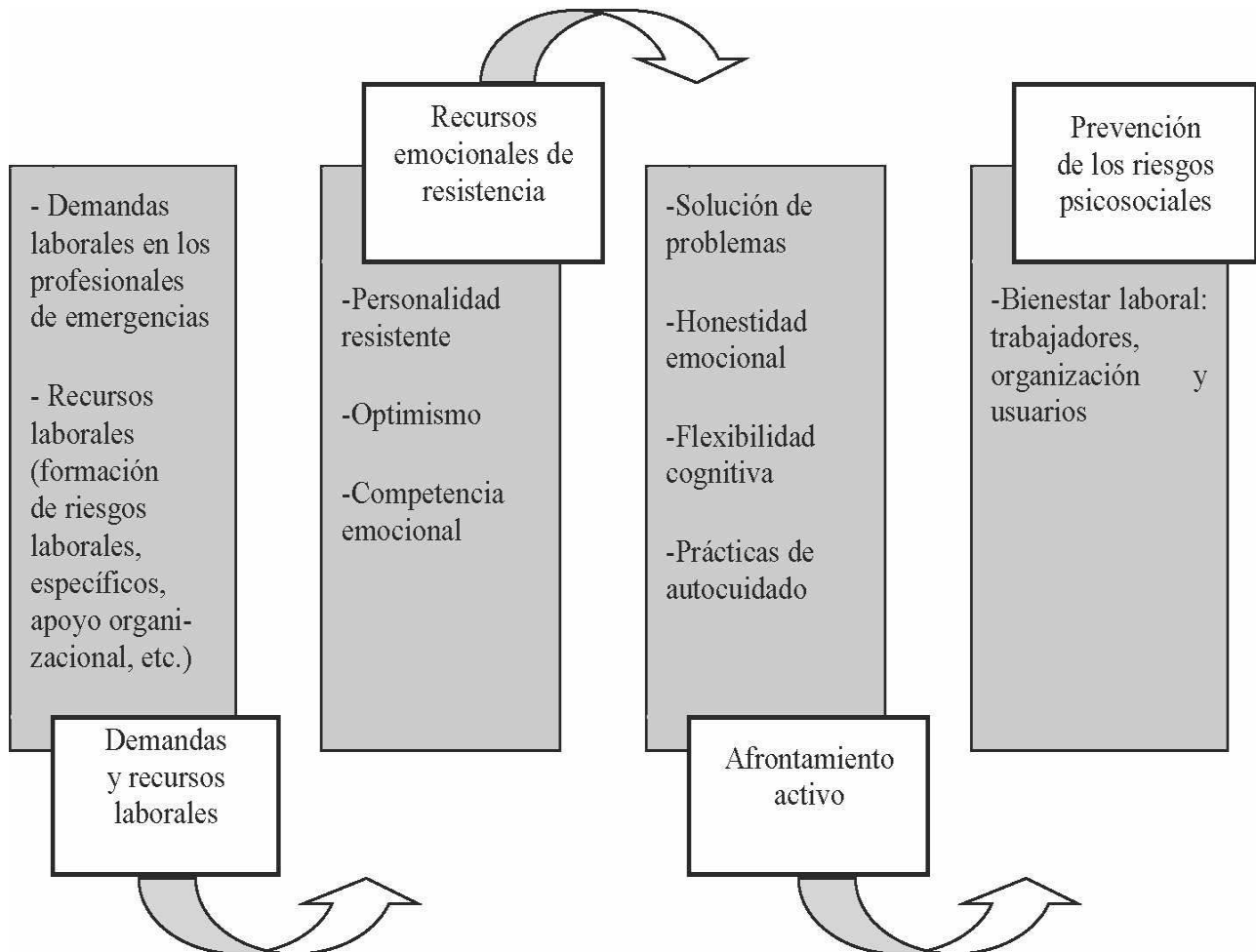


Figura 11.3. Elementos implicados en el bienestar en las organizaciones. Modelo de recursos emocionales de resistencia.

11.3.2. Creación del sentido y adaptación al estrés

Las sacudidas de creencias (Janoff-Bulman, 1992) con relación al trauma es un proceso cierto, por ello, sería importante trabajar las creencias y el pensamiento del trabajador influido al estar en contacto con el trauma, ya que estas experiencias pueden desencadenar también disfunciones en el mundo cognitivo del profesional. Desde esta perspectiva, los profesionales de emergencia podrían tener unas creencias más negativas sobre sí mismos, los otros y el mundo.

Igualmente, el desarrollo de sí mismo en situaciones adversas independientemente de que estas experiencias puedan ser más significativas o no que en otro tipo de situaciones de menor intensidad, existe una diferencia clara, ya que se produce un crecimiento inesperado, y se origina una gran divergencia entre la persona y el mundo. Desde esta perspectiva, el sentido que el profesional vaya otorgando o cómo vaya procesando a nivel cognitivo y emocional los acontecimientos laborales traumáticos que presencia corresponde a un interesante campo emergente en la salud laboral. Esta perspectiva envolvería el sentido de la vida que el profesional va adquiriendo, las emociones que le generan las experiencias profesionales y su relación con el bienestar.

En los últimos años, el interés por *meaning* o el sentido ha proliferado en muchas áreas de psicología, incluyendo la psicología positiva, la psicología cultural (Mendoza-Denton y Hansen, 2007), emociones (por ejemplo, King *et al.*, 2006), psicología de la salud y psicología clínica (Hayes *et al.*, 2007). Sin embargo, hoy por hoy no existe una definición precisa de lo que el concepto implica, la definición de sentido es difícil (Klinger, 1998).

Baumeister (1991) ha propuesto una definición prudente de sentido como una representación mental de las posibles interacciones entre las emociones, las acciones, los hechos, las situaciones y sus relaciones. La conexión del sentido de las acciones, aunque es difícil de definir, resulta muy extendida y es considerado como elemento central de la vida humana.

Así sentido parece particularmente importante para hacer frente a experiencias de vida altamente estresantes, y muchas investigaciones recientes se han centrado en que dar sentido, es decir, la reconstrucción del sentido en el contexto de situaciones altamente estresantes es un elemento saludable y ayuda a reformular la experiencia vivida. El sentido como actitud ante la vida comprende un apego emocional a las situaciones vividas y procesamiento adaptativo.

El sentido de la vida como proceso de adaptación ante un acontecimiento estresante ha sido recogido por teóricos influyentes (Lehman, Wortman, y Williams, 1987; Janoff-Bulman, 1992; Joseph y Linley, 2005; Neimeyer, 2001; Taylor, 1983; Thompson y Janigian, 1988).

A pesar de que estos autores difieren en algunos detalles, estas perspectivas convergen en un conjunto de ideas esenciales para las que existe un alto grado de consenso (Lepore *et al.*, 1996). Estas ideas son las siguientes (ver [figura 11.4](#)):

- a) Las personas poseen un sistema de orientación motivacional, se hace referencia aquí en el sentido global, que les proporcionan los marcos cognitivos y los procesos emocionales con los que interpretar sus experiencias y motivaciones.
- b) Al encontrarse con situaciones que tienen el potencial de desafiar o generar estrés en su sentido de la vida, los individuos evalúan las situaciones a partir de las emociones y les asignan sentido.
- c) El grado en que ese sentido es valorado como discrepante con su sentido global determina el grado en que experimenta sufrimiento.

- d) La angustia causada por la discrepancia es un proceso de creación de sentido.
- e) A través de esfuerzos importantes, los individuos intentan reducir la discrepancia y restaurar un sentido del mundo como significativo, acorde con sus valores y motivaciones, de tal manera que sus propias vidas y el trabajo que realizan valen la pena.
- f) Este proceso, cuando se conduce con éxito, supone una mejor adaptación al estrés (Collie y Long, 2005; Skaggs y Barron, 2006).

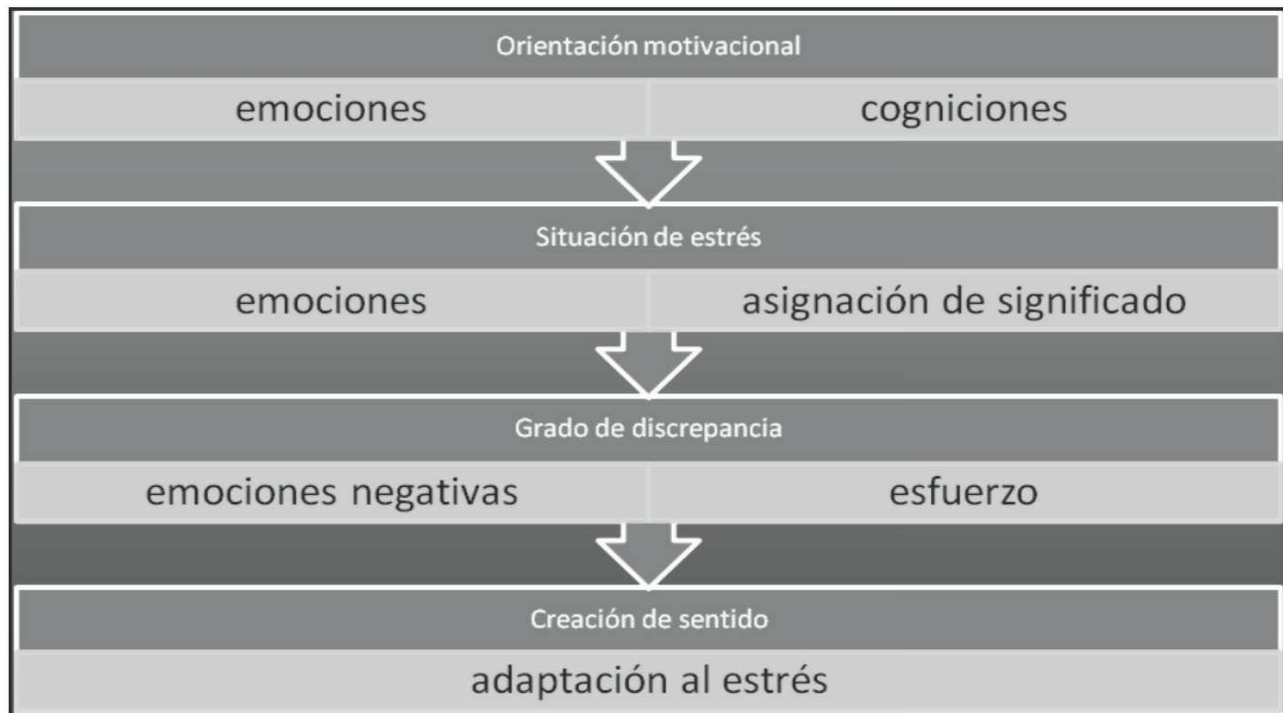


Figura 11.4. Proceso emocional de creación de sentido en situaciones de estrés.

Estos principios constituyen la base para el modelo emocional de creación de sentido. No obstante, aunque tradicionalmente este proceso se considera básicamente cognitivo, por los motivos comentados anteriormente, son muchos los autores que actualmente reconocen los procesos emocionales relevantes en la creación de sentido.

Los componentes del modelo de construcción de sentido se describen a continuación.

1. *Sentido global*

Se refiere a que los individuos tienen un sistema general de orientación (Pargament, 1997), que consiste en las creencias, objetivos y sentimientos subjetivos (Dittman-Kohli y Westerhof, 1999).

2. *Emociones y creencias sobre el mundo*

Comprenden una visión amplia sobre la justicia, el control, la

previsibilidad, la coherencia y las emociones asociadas a estas representaciones mentales, así como de los puntos de vista personales, de la propia experiencia (Janoff-Bulman, 1992; Koltko-Rivera, 2004), y que forman la base de procesos a través de los cuales las personas interpretan sus experiencias del mundo (Janoff-Bulman, 1992; Mischel y Morf, 2003).

Los objetivos globales son las representaciones internas de los procesos emocionales deseados, eventos o resultados (Austin y Vancouver, 1996). Las metas pueden ser estados emocionales finales deseados (Karoly, 1999) o los estados emocionales que ya poseía tratando de mantenerlos, como el bienestar, la salud o las relaciones con los otros significativos (Klinger, 1998). Entre las más frecuentes están las relaciones, el trabajo, la religión, el conocimiento y el logro (Emmons, 2003).

Las metas están organizadas jerárquicamente, con objetivos más altos y nivel de determinación de medio e inferior nivel de objetivos (Vallacher y Wegner, 1987). Un sentido subjetivo de sentido se refiere a los sentimientos de "significación" (Klinger, 1998), el sentimiento de que uno tiene un propósito o dirección (Reker y Wong, 1988), y se considera que se derivan de la comparación o confrontación con las acciones orientadas hacia un estado futuro deseado o meta (King *et al.*, 2006). Si la búsqueda de sentido es un aspecto de bienestar subjetivo y un aspecto del sentido global o un derivado del mismo se encuentra actualmente en discusión. El sentido global se supone que está construido en la infancia y se va modificando sobre la base de las experiencias personales marcadas emocionalmente. La medida en que las personas son conscientes de sus emociones, creencias y metas globales, no se ha establecido (Austin y Vancouver, 1996), pero el sentido global, parece que influyen poderosamente en los pensamientos de las personas, acciones y respuestas emocionales.

3. *Sentido de la situación*

Se refiere al sentido en el contexto de un particular estímulo experimentado. El sentido situacional comienza con la ocurrencia de un evento potencialmente estresante y describe una serie de procesos emocionales, cognitivos y resultados, incluida la asignación de sentido al evento (asignación de sentido), la determinación de discrepancias entre la asignación de sentido y el sentido global, la creación de sentido, hechos sentidos, y el ajuste al evento. Las teorías situacionales del sentido han sido especialmente formuladas por Lazarus y Folkman (1984), Taylor (1983), y Janoff-Bulman (1992).

Las evaluaciones iniciales de un evento que significa implican una variedad de emociones (por ejemplo, hasta qué punto el acontecimiento es una amenaza y controlable), atribuciones iniciales acerca de por qué se produjo el suceso, y las implicaciones para el propio futuro (Sweeney, 2008). La valoración del sentido puede ser determinada de forma instantánea pero

está sujeta a continua revisión (Bonanno y Kaltman, 1999; Janoff-Bulman, 1992).

4. *Las discrepancias entre la valoración de la situación y el sentido global*

Después de evaluar una situación, según el modelo de creación de sentido, los individuos determinan el ajuste o discrepancia entre el sentido evaluado y su sentido global. El sentido global está cargado de aspectos emocionales vinculados a los aspectos de coherencia personal. Las percepciones de la discrepancia (por ejemplo, con el propio sentido de la capacidad de control o comprensión del mundo) están pensadas para crear la angustia y el esfuerzo que conduce a la elaboración del sentido (Carver y Scheier, 2008; Watkins, 2008). Estos estados emocionales conllevan una acción y son necesarios para motivar el esfuerzo exigido en la creación de sentido. Además, el grado de discrepancia entre la valoración del evento y el sentido global del individuo puede determinar el nivel de estrés experimentado (Everly y Lating, 2004). Algunos autores distinguen la "transformación" de la información, a raíz de acontecimientos estresantes, la de una naturaleza más cognitiva, haciendo hincapié en la reformulación de las propias creencias (Creamer *et al.*, 1992), de la que es más emocional, haciendo hincapié en la experimentación y la exploración de las propias emociones (Foa y Kozak, 1986).

Desde el enfoque emocional Rachman (2001) introdujo el término el procesamiento emocional, refiriéndose a un proceso mediante el cual los obstáculos emocionales son absorbidos, posibilitando de esta manera que otras experiencias y acciones puedan proceder sin interrupción (Rachman, 2001). El procesamiento emocional también implica la exposición y la habituación, junto con la regulación de los afectos negativos y tratar de comprender lo que es un sentimiento (Stanton *et al.*, 2000). Por el contrario, el enfoque cognitivo persiste en el procesamiento de los aspectos cognoscitivos e integración de datos de la experiencia con los esquemas preexistentes (Janoff-Bulman, 1992).

El tratamiento cognitivo incluye nuevas evaluaciones y comparaciones repetidas entre la propia experiencia y las creencias existentes para modificar una o la otra, que se consigue mediante la reflexión, la toma de conciencia de las emociones y el efecto que podría tener en un futuro (Bower, Kemeny, Taylor y Fahey, 1998).

Desde este enfoque, se puede profundizar en la creación de sentido del profesional. Para ello, se parte de su sentido global, esto es, sus valores, motivaciones, expectativas, el análisis de las experiencias laborales que le pueden influir en mayor medida tanto a nivel cognitivo (por ejemplo, las creencias que tiene sobre el mundo, sobre sí mismo y los otros) como emocional (por ejemplo, cuáles son sus sentimientos, qué emociones le generan las experiencias profesionales) y finalmente discutir cómo asume las

emociones discordantes entre su sentido global y las situaciones laborales. En la última fase se discutirán las estrategias cognitivas utilizadas por el profesional para la creación del sentido (por ejemplo, si han cambiado sus creencias sobre la justicia del mundo, sobre el grado de control sobre los acontecimientos, la predictibilidad de las situaciones, etc.) o sus recursos emocionales (por ejemplo, de autorregulación emocional, habituación, etc.).

11.4. Experiencias de recuperación

Sonnentag y Fritz (2007) utilizaron el término experiencias de recuperación para caracterizar los atributos relacionados con las actividades que se realizan fuera del trabajo y que contribuyen a la recuperación del estrés laboral. Desde esta perspectiva, no sólo es importante lo que se haga durante el trabajo, también es importante tener en cuenta las actividades que una vez fuera del trabajo ayudan al trabajador a recuperarse de las situaciones de agotamiento y fatiga. Las experiencias de recuperación ayudan a restaurar el equilibrio, bloquean estrés, y son experiencias muy similares a las que afectan a las estrategias de regulación (Parkinson y Totterdell, 1999; Thayer, 2001) y pueden comprender experiencias como la separación/desconexión psicológica del trabajo, la relajación, las actividades de dominio/maestría y el control durante el tiempo libre.

El *distanciamiento o desconexión psicológica del trabajo* es "la sensación de estar alejado mentalmente de la situación de trabajo" (Etzion, Eden, y Lapidot, 1998). Se trata de conseguir una desconexión del trabajo a dos niveles, a nivel físico y lo que es aún más importante, a nivel psicológico (por ejemplo, dejar de pensar en los problemas del trabajo, no rumiar los problemas laborales). Va más allá de la mera retirada física del trabajo e implica salir de éste a través de uno mismo en términos psicológicos (Sonnentag, Kuttler, y Fritz, 2010), recuperando el rol personal.

La *relajación* se caracteriza por un estado de baja activación y un aumento de la afectividad positiva (Stone, Kennedy-Moore y Neale, 1995). De este modo, es importante para la recuperación en dos aspectos: en primer lugar, al reducir la activación ayuda al organismo a reestablecer el estado de pre-estrés; en segundo lugar, al aumentar la afectividad positiva, ésta puede deshacer los efectos de las emociones negativas (Fredrickson, 1998). La relajación se puede conseguir de varias maneras, desde la meditación, contemplar un paisaje agradable, fotografía, escuchar música, el descanso, cada persona tiene que ser capaz de reconocer las situaciones que le llevan a la experimentación de este estado positivo.

Las *actividades de dominio o maestría* son actividades que se realizan fuera del trabajo y que ofrecen oportunidades para experimentar competencias y aptitudes nuevas para la persona, como por ejemplo, practicar deporte o estudiar un idioma, la práctica de un instrumento musical, etc. Estas actividades desafían a la persona pero sin excederla en sus capacidades e incluso pueden ayudar a construir nuevos recursos internos (por

ejemplo, la autoeficacia) (Bandura, 1997). Desde esta perspectiva, la persona se siente que está desarrollando nuevas competencias, el aprendizaje en sí mismo requiere un esfuerzo cognitivo que le impide pensar una y otra vez sobre los problemas laborales, lo que a su vez redundaría en el distanciamiento psicológico del trabajo.

Finalmente, otra experiencia de recuperación que se ha identificado es la *capacidad de control* durante el tiempo libre. El control hace referencia a la capacidad que tienen las personas para elegir entre una o más opciones y está asociado a reacciones positivas. El bienestar individual se incrementa cuando la persona siente que controla de forma importante las actividades de su vida (Bandura, 1997). En la medida que la persona siente que puede controlar las actividades de su vida, así como el tiempo dedicado a ellas, mejora los niveles de autoestima, y el sentimiento de confianza personal.

En definitiva, las experiencias de recuperación ayudan a restablecer el equilibrio del trabajador entre la esfera pública y privada, son importantes las actividades que se realizan fuera de la jornada laboral y en el tiempo personal, son elementos sin duda que ayudan a restablecer el equilibrio y evitan las situaciones crónicas de agotamiento y fatiga laboral. En el [cuadro 11.1](#), se señalan ejemplos de experiencias de recuperación extraídos de la validación española del cuestionario de recuperación (Sanz *et al*, 2010).

Cuadro 11.1. Experiencias de recuperación después del trabajo

DISTANCIAMIENTO PSICOLÓGICO
<ul style="list-style-type: none"> – Soy capaz de dejar el trabajo a un lado y relajarme – Realizo actividades que me ayudan a sentirme relajado – Después del trabajo, me tomo mi tiempo para descansar – Me tomo mi tiempo para realizar actividades que me distraen y satisfacen
BÚSQUEDA DE RETOS
<ul style="list-style-type: none"> – Fuera del trabajo, trato de aprender cosas nuevas – Fuera del trabajo, busco nuevos retos intelectuales – Después del trabajo, realizo otras actividades que suponen un reto para mí – Después del trabajo, realizo otras actividades que abren mis horizontes
CONTROL
<ul style="list-style-type: none"> – Puedo decidir por mí mismo qué actividades hacer durante mi tiempo libre – Fuera del trabajo, puedo decidir mi horario – Decido por mí mismo cómo pasar mi tiempo libre – Fuera del trabajo, las tareas que tengo que hacer las llevo a cabo en el momento en que yo decido

11.5. Redes de apoyo profesional

Una asunción esencial es que los trabajadores de emergencias no pueden trabajar solos con el afrontamiento del trauma, las redes de apoyo profesional resultan una herramienta muy valiosa. En el trabajo con personas en contacto con el trauma es necesario el establecimiento de redes profesionales que de forma duradera y consolidada sirvan como sistema de apoyo. Desde esta perspectiva, el soporte debe ir más allá de la

ayuda ante un momento concreto, es pertinente una organización estable, consolidada y una continuidad. Se pueden distinguir dos tipos de redes de apoyo profesional (Sánchez, 2006), una más general en la que los intercambios se realizan con otros profesionales que trabajan en otros lugares y que pueden realizar labores diferentes o similares y una segunda red, que estaría conformada por las personas que trabajan en conexión directa, lo cual contribuye de manera directa en la cohesión grupal y en el equilibrio del equipo de trabajo. Estas redes de apoyo profesional proporcionan interacciones y relaciones interpersonales, honestas y abiertas, con otros profesionales que ayudan en buena medida a resolver las dificultades y los problemas laborales; permite tener un punto de referencia externo que puede contribuir al desarrollo de ideas creativas o nuevas posibilidades de desarrollo, que tal vez no se aprecian de manera individual. Las redes de apoyo grupal ayudarán al mantenimiento de una confianza y redundará en la seguridad en el afrontamiento de las dificultades profesionales, así como a la expresión emocional de las experiencias laborales intensas o cotidianas.

Igualmente, es una buena forma de control de la calidad del trabajo que se realiza, ya que la supervisión del trabajo realizado, establecida de forma periódica, por otro profesional en el que se tiene confianza y del que se respeta su criterio, resultará muy útil para valorar el impacto que tiene un acontecimiento traumático en concreto o las consecuencias que se puedan producir por un efecto acumulativo. La red de apoyo profesional permite compartir conocimientos y estrategias de afrontamiento ante las situaciones laborales y mejorar de manera comunitaria.

En definitiva, el apoyo social desempeña varias funciones que lo convierten en uno de los factores más importantes en la prevención del estrés (Bradley y Cartwright, 2002). En relación con los riesgos psicosociales, el apoyo social ha sido identificado como una variable amortiguadora en múltiples estudios (Garrosa *et al.*, 2010; Schaufeli y Enzmann, 1998). Concretamente, se considera especialmente peligrosa la falta de cohesión dentro del grupo de trabajo (Savicki y Cooley, 1987). Así, las funciones de las redes profesionales generan reconocimiento, se pueden compartir ideas, problemas, emociones, ofrecer apoyo emocional mutuo, ayuda instrumental e informacional, compañerismo, ética profesional, soluciones más creativas y eficaces.

11.6. Conciliación de la vida laboral y la vida personal

Cada vez la sociedad y la organización reconocen en mayor medida los problemas derivados de la conciliación de la vida laboral y personal. No obstante, es un elemento necesario para conseguir el bienestar laboral, así como, con importantes consecuencias en la recuperación del estrés y la salud laboral (Moreno-Jiménez *et al.*, 2009).

Las organizaciones que no permiten que sus trabajadores puedan conciliar la vida laboral con la personal tienen importantes responsabilidades, ya que esta problemática se asocia con problemas de salud, de satisfacción o de rendimiento, los cuales suponen un

problema para el trabajador, para la organización, sus familias, los usuarios y para la sociedad en general. De manera contraria, las organizaciones que se preocupan por el bienestar de sus trabajadores, y por la calidad del servicio prestado, tienen políticas de conciliación que posibilitan un equilibrio adecuado entre la vida personal y el trabajo, así como con las posibilidades de recuperación del estrés laboral (Sanz-Vergel *et al.*, 2010).

Algunos ejemplos de buenas prácticas laborales en este sentido, serían la posibilidad de tener un horario flexible, permisos en situaciones concretas, el teletrabajo, disponer de ayudas sociales, tales como guarderías o centros sociales para personas mayores o dependientes, o ayudas económicas para el cuidado de sus hijos o personas dependientes. En la medida en que el trabajador disponga de estos recursos por parte de la organización, se producen situaciones laborales de bienestar y compromiso laboral que revierten en la calidad del servicio prestado (Bakker y Leiter, 2010).

11.7. Asistencia psicológica individualizada o en grupo

Los profesionales de emergencia, dadas las características de su profesión y los riesgos inherentes derivados de ésta, están sometidos a fuentes de estrés importantes, por lo que la asistencia psicológica individualizada puede ser un elemento fundamental como medida preventiva (por ejemplo, durante o tras una intervención de elevada dureza como puede ser un accidente de múltiples víctimas donde había niños), así como la posibilidad de vencer áreas de conflicto de los propios traumas no resueltos que pueden reactivarse en las situaciones específicas de la profesión. Además, la asistencia psicológica en grupo (por ejemplo, a través de *defusing* y *debriefing*) puede ser un elemento relevante para adquirir herramientas decisivas de autorregulación emocional y para adquirir una mayor capacidad de adaptación cognitiva. Igualmente, en las sesiones en grupo se pueden detectar los elementos comunes de la práctica laboral que están resultando elementos estresantes y de esta manera conseguir una mejora de las buenas prácticas laborales, así como, la realización de programas específicos (por ejemplo, mejora de la autoestima, asertividad, técnicas de relajación, etc.). Desde esta perspectiva, se han realizado con éxito programas específicos para el colectivo de bomberos y sus familiares con funciones de formación, prevención y tratamiento (Leal *et al.*, 2008).

Propuestas como estas se consideran buenas prácticas laborales y son recomendadas por los institutos de estrés traumático.

11.8. Conclusiones

Los trabajadores en contacto con experiencias traumáticas requieren adecuadas condiciones laborales, mejorar las competencias emocionales de resistencia y formación en materia de autocuidado para prevenir los riesgos psicosociales.

Es necesaria la formación específica en riesgos psicosociales, así como, la evaluación de perfiles de riesgos para poder realizar las medidas preventivas correspondientes.

Los recursos emocionales de resistencia están asociados con puntuaciones de estrés más bajas, mayor bienestar subjetivo, uso de estrategias de afrontamiento adaptativas y compromiso laboral.

La creación de sentido es un mecanismo positivo para la mejor adaptación al estrés.

Son importantes las actividades que se realizan después del trabajo para restaurar los niveles de energía y eliminar tensión. Igualmente, resulta fundamental el poder conciliar la vida personal y profesional.

Las redes de apoyo profesional son un recurso esencial ante las situaciones difíciles en el trabajo.

La asistencia psicológica individualizada y en grupo puede ayudar a resolver situaciones traumáticas que generan malestar y desarrollar nuevas competencias personales y profesionales.

Caso práctico

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Álvaro es un interviniente de un servicio de emergencias que ha intervenido en un accidente aéreo ocurrido en su ciudad. Este accidente ha provocado 200 víctimas mortales y 19 heridos graves. Ha estado trabajando 20 horas en tareas de rescate y recogida de cadáveres. Es la primera vez que se enfrenta a un suceso de estas características. Lleva trabajando en emergencias 13 años. Durante la intervención, Álvaro ha tenido momentos con elevada activación con hiperventilación, elevada frecuencia cardíaca, opresión en el pecho, deambulación, sudoración, incapacidad para atender a las instrucciones que un jefe le daba y pensamientos recurrentes de pérdida de control.

Pasados dos meses, Álvaro presenta dificultad para dormir, se siente cansado y con dificultades de concentración y atención, fuma mucho más y cuando se siente mal se toma varias cervezas. En la última temporada ha discutido con su mujer diciéndole que nunca le entiende, en el trabajo ha tenido algún enfrentamiento, se siente frustrado y desanimado, ha faltado al trabajo, no ve la vida igual que antes, se siente desesperanzado, como si nada valiera la pena.

ACTUACIÓN REALIZADA

a) Evaluación

Se recomienda seguir los pasos desarrollados en el [apartado 11.1.2](#) respecto a los instrumentos de evaluación para el estrés traumático secundario y el desgaste profesional, para conocer cómo podrían estar afectando los riesgos psicosociales a nivel de proceso (factores antecedentes, síndrome, consecuentes y variables moderadoras).

b) Pautas y técnicas de intervención

Debido a la extensión y a la gravedad que supone el no haber tratado en el origen el problema de estrés traumático secundario, la complicación ha derivado en la pérdida justificativa del contexto del trabajo y en los sentimientos de baja realización profesional, y pensamientos y deseos de abandonar la profesión.

Desde esta perspectiva, el abordaje debe ser integral, a nivel organizacional e individual, lo que optimizará los procesos de interacción en estos dos niveles.

En la organización, el abordaje del problema se debería realizar a través de intervenciones de tipo organizacional que tratarán de cambiar las condiciones del trabajo para generar un ambiente saludable, por ejemplo, facilitando los descansos y las pausas para la recuperación del estrés de la experiencia traumática, así como la rotación en tareas en menor intensidad emocional, un reparto equitativo de las tareas de trabajo, la prevención del estrés de rol y el apoyo organizacional del supervisor y de los compañeros de trabajo. Igualmente, parece necesaria la formación en riesgos psicosociales y en habilidades de afrontamiento ante experiencias traumáticas, y las respuestas en los intervinientes. El foco de intervención, por tanto, apunta a la fuente del problema, en este caso, la sobrecarga de trabajo, la exigencia emocional, sin recursos de apoyo, tampoco se han respetado las pausas, ni los periodos de descanso, ni ha existido la posibilidad de rotación. La falta de formación en materia de autocuidado y riesgos psicosociales puede ser otro factor de riesgo.

A nivel individual, se podría dotar al trabajador de estrategias, habilidades y recursos personales para hacer frente a cualquier situación potencialmente estresante, resulta esperable un descenso de su vulnerabilidad al estrés. Este tipo de intervenciones han contemplado fundamentalmente el trabajo sobre los aspectos cognitivos y emocionales implicados en la valoración subjetiva de las situaciones estresantes, el entrenamiento en recursos de resistencia, mejorar sus experiencias de recuperación y la promoción de estilos de prácticas de autocuidado.

CONCLUSIÓN

Estos programas han ofrecido, en general, buenos resultados, de manera que progresos y cambios organizacionales, así como tratamientos y desarrollos personales relativamente breves son capaces de producir importantes reducciones en los niveles de estrés autoinformados, mejorar las actitudes de los trabajadores y conseguir un mayor bienestar laboral.

Anexo

1. Emergencias y catástrofes

- AECID. Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- AME112. Asociación de Medicina y Emergencias.
- AMERICAN ACADEMY OF EMERGENCY MEDICINE. Sociedad Americana especializada en emergencias.
- ASACAMV. Asociación Sanitaria de Catástrofes y Accidentes de Múltiples Víctimas.
- CRID. Centro de Investigación de Epidemiología de los Desastres.
- COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS. Grupo de Psicología de Urgencias, Emergencias y Catástrofes.
- CRUZ ROJA ESPAÑOLA.
- DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN CIVIL Y EMERGENCIAS.
- ENPC. Escuela Nacional de Protección Civil.
- FEPAR. Fundación de Emergencias, Primeros Auxilios y Rescates.
- FADEI. Fundación Ayuda Desarrollo Emergencias Internacionales.
- FEMA. Agencia Federal para el manejo de Emergencias de Estados Unidos.
- GRUPO ISIS. Intervención Psicológica en emergencias y desastres
- IECAH. Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria.
- MDM. Médicos del mundo.
- MSF. Médicos sin fronteras.
- OMS. Organización Mundial de la Salud.
- OPS. Organización Panamericana de la Salud.
- PSF. Psicólogos sin fronteras.
- SAMU INTERNACIONAL. Foro Internacional de Manejo de Crisis de Emergencias y Catástrofes.
- SAMUR - Protección Civil. Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate.
- SAMUR SOCIAL. Servicio de Emergencia Social.
- SEEUE. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias.
- SEMECA. Sociedad Española de Medicina de Catástrofes.
- SEMES. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.

- SEPADEM. Sociedad Española de Psicología Aplicada a Desastres, Urgencias y Emergencias.
- SOCHPED. La Sociedad Chilena de Psicología en Emergencias y Desastres.
- SOS Emergencias.
- UAD. Unidad Apoyo ante Desastres del Ayuntamiento de Madrid.
- UNDRO. Organización de la Asistencia de Desastres de las Naciones Unidas.

2. Trauma y victimología

- ASOCIACIÓN EMDR. Asociación Desensibilización y Reprocesamiento por los Movimientos Oculares.
- ACTAD. Asociación Catalana para el Tratamiento de la Ansiedad y Depresión.
- CENTRO REINA SOFÍA. Fundación para el Estudio de la Violencia.
- ESTSS. Sociedad Europea para el Estudio del Estrés Traumático.
- FIVE. Fundación Instituto de Victimología.
- IPTS. Instituto de Psicotrauma de Suiza.
- ISSTD. Sociedad Internacional para Estudios del Trauma y la Disociación.
- ITSP. Programa Internacional de Estudios sobre el Trauma.
- NCPTSD. Centro Nacional para el Trastorno de Estrés Postraumático de Estados Unidos.
- PIE. Instituto Europeo de Psicotraumatología.
- SEAS. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés.
- SEPET Y D. Sociedad Española de Psicotraumatología, Estrés traumático y disociación.
- Sociedad Española de Victimología.
- Sociedad Vasca de Victimología.
- UTCCB. Unidad de Trauma, Crisis y Conflictos.

3. Agresión sexual

- AAMM. Asociación de Ayuda a la Mujer Maltratada.
- ADAVAS. Asociación de Ayuda a Víctimas de Agresiones Sexuales y Violencia Doméstica.
- ADAVASMYT. Asociación de Defensa de Víctimas de Agresiones Sexuales y Malos Tratos.
- ADIVAC. Asociación para el Desarrollo Integral de Personas Violadas (México).
- AMUVIS. Asociaciones de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales.
- ANVDN. Asociación Nacional de Víctimas de Delitos Violentos.
- AVISE. Atención a la Violencia Intrafamiliar y Sexual (México)

- CAVAS. Centro de Asistencia a Víctimas de Agresiones Sexuales.
- Centro de Atención Integral a Mujeres Víctimas de Agresiones Sexuales de la Comunidad de Madrid.
- Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Comisión contra la Violencia de Género.
- Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la mujer.
- FAAMV. Federación de asociaciones de asistencia a mujeres violadas.
- FAMUVI. Federación de Asociaciones de Asistencia a Mujeres Violadas.
- Grupo de Psicología y Violencia de Género del Colegio Oficial de Psicólogos.
- Ministerio de Justicia. Oficinas de Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de la Mujer.
- SAM. Servicio de Atención a la Mujer del Cuerpo Nacional de Policía.

4. Accidentes de tráfico

- AAVAT. Asistencia, Prestación de Ayuda y Colaboración a favor de las Víctimas de Accidentes de Tráfico.
- AEIAT. Asociación Española de Investigadores de Accidentes de Tráfico.
- AJPATA. Asociación Juvenil de Prevención de Accidentes de Tráfico de Andalucía.
- ALMAT. Asociación de Lesionados Medulares en Accidente de Tráfico
- ANEAC. Asociación Nacional de Empresas de Auxilio en Carretera.
- ASPROVICT. Asociación Pro-Vida de Víctimas de Accidentes de Tráfico.
- AVAST. Atención a Víctimas y Afectados por Siniestros de Tráfico.
- COMISIÓN EUROPEA DE SEGURIDAD VIAL.
- DGT. Dirección General de Tráfico.
- DIA. Asociación Estatal de Víctimas de Accidentes.
- FEATECE. Federación de Asociaciones de Traumatismos Craneoencefálicos y Daño Cerebral de Euskadi.
- FESVIAL. Fundación para la seguridad vial.
- FEVR. Federación Europea de Víctimas del Tráfico.
- FICVI. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Víctimas contra la violencia vial.
- OAVD. Oficinas de Asistencia a las Víctimas de Delitos.
- P(A)T. Asociación de Prevención de Accidentes de Tráfico.
- Stop Accidentes. Asociación Ayuda y Orientación a los Afectados por Accidentes de Tráfico.

5. Suicidio

- AEPCP. Asociación Española de Psicología y Psicopatología.
- AIPIS. Asociación de Investigación, Prevención e Intervención del Suicidio.
- AMS. Asociación Mexicana de Suicidiología.
- ASOCIACIÓN AMERICANA DE SUICIDIOLOGÍA.
- ASOCIACIÓN RUMBOS. Asociación Uruguaya de Suicidiología.
- CAFS. Centro de Atención al Familiar del Suicida (Argentina).
- EUROPEAN NETWORK FOR SUICIDOLOGY.
- FEAFES. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental.
- FEMASAM. Federación Madrileña de Asociaciones Pro Salud Mental.
- COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS. Grupo de Estudio e Investigación de la Conducta Suicida.
- IASP. Asociación Internacional para la prevención del suicidio.
- RED IBEROAMERICANA DE SUICIDIÓLOGOS.
- RENEPCA. Red Nacional para el Estudio y prevención de Conductas Actuales.
- TELÉFONO DE LA ESPERANZA.

6. Menores (Agresión sexual y maltrato)

- ACIM. Asociación catalana para la infancia maltratada.
- ADIMA. Asociación para la defensa de la infancia y la prevención del maltrato en Andalucía.
- AFECTO. Asociación contra el maltrato infantil.
- AGAMME. Asociación Galega contra el Maltrato a Menores.
- ANAR. Fundación de Ayuda a los Niños y Adolescentes en Riesgo.
- APIMM. Asociación madrileña para la prevención de malos tratos en la infancia.
- APRODEME. Asociación para la Defensa del menor.
- ASAPMI. Asociación Argentina de Prevención del Maltrato Infantojuvenil.
- ASOCIACIÓN CENTRO TRAMA.
- ASPASI. Asociación para la sanción y prevención de abusos sexuales en la infancia.
- CAI. Centro de Atención a la Infancia.
- CEDENIM. Centros de defensa de niños maltratados.
- CIASI. Centro Especializado de Intervención en Abuso Sexual Infantil.
- COMPARTE. Fundación que defiende los derechos de los niños.
- ECPAT ESPAÑA. Asociación catalana para la infancia maltratada.
- ECPAT INTERNACIONAL. Red internacional de organizaciones contra la

- explotación sexual comercial infantil.
- FAPMI. Federación de Asociaciones para la Prevención del Maltrato Infantil.
- GARAITZA. Asociación para el Tratamiento del Abuso y el Maltrato en la Infancia
- GRUME. Grupo de menores de la Policía Judicial.
- INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA.
- ISPCAN. Sociedad Internacional para la prevención de los malos tratos y el abandono de niños.
- NCCAN. Centro Nacional sobre Abuso Sexual y Negligencia Infantil de los Estados Unidos.
- SAVE THE CHILDREN.
- UNICEF. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia.

7. Mayores (Maltrato)

- ALMA FRANCE. Asociación contra el abuso de las personas mayores o con discapacidad.
- ALMAMA. Asociación de Lucha Contra el Maltrato a Mayores.
- CEOMA. Confederación de Organizaciones de Mayores.
- EAPA. Asociación de Prevención del maltrato a personas mayores.
- EAPU. Unidad de prevención e información sobre el maltrato a mayores.
- FUNDACIÓN EDUARDO PUNSET.
- COLEGIO OFICIAL DE PSICÓLOGOS. Grupo de Intervención Integral con Personas Mayores.
- IMSERSO. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- ONPEA. Organización de prevención del abuso y la negligencia de los adultos mayores.
- SEGG. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

8. Duelo

- A.M.A.D. Asociación de Mutua Ayuda ante el Duelo.
- A.S.E.D. Asociación de Soporte Emocional en el Duelo.
- ACODUEL. Acompañamiento en el Duelo.
- ACPAL. Asociación Cultural Palmera Alborada. Asesoramiento en momentos difíciles.
- ADES-PSICÓLOGOS. Unidad de Duelo.
- ALAIA. Asociación de Ayuda a Enfermos Graves y Personas en Duelo.
- AMAD. Asociación de Mutua Ayuda ante el Duelo.

- ASOCIACIÓN ALMA Y VIDA. Padres y Madres en Duelo.
- ASOCIACIÓN ARA. Servicio de Acompañamiento al Duelo.
- ASOCIACIÓN DMD. Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente.
- ASOCIACIÓN PETJADA. Asociación de Apoyo Emocional ante el Final de la Vida.
- ASOCIACIÓN VIKTOR E. FRANKI. Asociación para la ayuda en el sufrimiento, en la enfermedad y ante la muerte.
- AVES. Asociación de Voluntarios para enfermos sanables.
- BIDEGIN. Servicio de Apoyo al Duelo y Enfermedad Grave Avanzada.
- CAMINAR. Asociación Valenciana de Apoyo al Duelo.
- CENTRO ESCUCHA SAN CAMILO.
- FUNDACIÓN HOSPITAL S. JAUME Y STA. MAGDALENA. Apoyo Psicológico Individual y Grupal en duelo.
- FUNDACIÓN SENDA. Ayuda en el duelo.
- FUNDACIÓN VERDE ESMERALDA.
- SEIT. Sociedad Española e Internacional de Tanatología.
- SNUA. Unidad de Acompañamiento en el Duelo.
- SOVPAL. Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- TALITHA. Asociación de ayuda en el proceso de duelo.

Nota bibliográfica

Con el propósito de poner en práctica unos principios ecológicos, económicos y prácticos, el listado completo y actualizado de las fuentes bibliográficas empleadas por los autores en este libro se encuentra disponible en la página web de la editorial: www.sintesis.com.

Las personas interesadas se lo pueden descargar y utilizar como más les convenga: conservar, imprimir, utilizar en sus trabajos, etc.

Índice

Portada	2
Créditos	5
Índice	6
Introducción	12
PARTE I: PSICOLOGÍA DE EMERGENCIAS: ORIGEN, OBJETIVOS Y FUNDAMENTOS TEÓRICOS	15
1. Orígenes y actualidad de la Psicología de emergencias	16
1.1. Antecedentes históricos de la Psicología de emergencias	16
1.2. Evolución teórica del concepto de crisis	18
1.3. Fundamentos teóricos de la intervención en crisis	21
1.4. Colaboración entre salud mental y medicina de emergencias	25
1.5. Integración de la asistencia sanitaria y psicosocial en emergencias	26
1.6. Objetivos y funciones de la intervención psicosocial inmediata de emergencias	28
1.7. Modelos de intervención psicológica de emergencia en diferentes países	33
1.8. Función preventiva en salud pública	37
1.9. Conclusiones	38
PARTE II: INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL INMEDIATA EN SITUACIONES ESPECÍFICAS	39
2. Evaluación, intervención y seguimiento post-incidente	40
2.1. Estrategias de evaluación e intervención basadas en la evidencia	41
2.1.1. Evaluación multimodal	42
2.1.2. Contexto de apoyo	53
2.1.3. Intervenciones psicosociales preventivas inmediatas	54
2.1.4. Intervenciones psicosociales curativas inmediatas	57
2.1.5. La organización	58
2.2. Población diana de la intervención en crisis	59
2.3. Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)	60
2.4. Seguimiento de afectados tras una situación crítica	66
2.5. Conclusiones	68
3. Accidente de tráfico	69
3.1. Características específicas del escenario	70

3.1.1. Medidas de autoprotección para los profesionales	71
3.2. Intervención psicosocial inmediata tras un accidente de tráfico	72
3.2.1. Intervención psicosocial con víctimas directas	74
3.2.2. Intervención psicosocial con víctimas indirectas	84
3.3. Conclusiones	86
Caso práctico	87
4. Agresión sexual	91
4.1. Violencia sexual: conceptos básicos	92
4.1.1. Definición y tipología de violencia sexual	92
4.2. Mitos sobre la violencia sexual	94
4.3. Tipos de agresores sexuales	96
4.4. Procesos de intervención en casos de agresión sexual	96
4.4.1. Procesos implicados tras una agresión sexual	98
4.5. Atención psicosocial de emergencias en casos de agresión sexual	105
4.5.1. Actitud del interviniente	106
4.5.2. Pautas de intervención inmediata	108
4.5.3. Orientación a familiares	113
4.6. Conclusiones	114
Caso práctico	115
5. Crisis suicidas	118
5.1. Aspectos básicos de la conducta suicida	118
5.1.1. Conceptualización y diferenciación a través de la historia	119
5.1.2. Clasificación del acto suicida	121
5.1.3. Epidemiología: problema grave de salud pública	124
5.1.4. Epidemia social y contagio: el efecto Werther	125
5.1.5. Factores de riesgo y factores protectores de la conducta suicida	127
5.1.6. Valores, creencias y mitos sobre la conducta suicida	128
5.2. Intervención en crisis suicidas: de la ideación a la consumación	130
5.2.1. Intervención telefónica en crisis suicidas	131
5.2.2. Intervención en ideación o comunicación suicida in situ	133
5.2.3. Intervención en conducta suicida en curso	138
5.3. Suicidio consumado: intervención con los supervivientes	141
5.3.1. Repercusiones del acto autodestructivo en el entorno	141
5.3.2. Posvención de emergencias	144
5.4. Conclusiones	145

Caso práctico	146
6. Maltrato y abuso sexual infantil	148
6.1. Marco de protección y promoción de la infancia	149
6.2. Marco conceptual del maltrato y abuso en la infancia y en la adolescencia	149
6.2.1. Conceptos relacionados con el maltrato infantil	150
6.2.2. Mitos sobre el maltrato infantil	152
6.3. Tipos de maltrato infantil	154
6.4. Contexto del maltrato infantil	160
6.4.1. Características de la familia y del agresor	161
6.4.2. Actitud, comportamiento y consecuencias en un menor maltratado	163
6.5. Intervención psicosocial desde la emergencia extrahospitalaria en maltrato infantil	165
6.5.1. Detección y notificación de maltrato infantil	166
6.6. Conclusiones	170
Caso práctico	171
7. Maltrato a mayores	174
7.1. Marco legislativo	175
7.2. Marco conceptual del maltrato a mayores	175
7.2.1. Definición de maltrato a mayores	176
7.2.2. Clasificación de contextos de maltrato a mayores	176
7.2.3. Actitud, comportamientos y consecuencias del maltrato en el mayor	181
7.3. Tipos de maltrato a mayores	182
7.4. Intervención psicosocial desde el área de emergencias	188
7.4.1. Detección y notificación de maltrato al mayor	192
7.5. Conclusiones	195
Caso práctico	195
8. Comunicación de malas noticias y apoyo temprano en el duelo	199
8.1. Reacciones ante la comunicación de una mala noticia	200
8.1.1. Influencia del bagaje personal y actitudinal del profesional	200
8.1.2. Acogida de la noticia	202
8.2. Variables involucradas en el enfrentamiento	203
8.2.1. Ciclo vital	203
8.2.2. Habilidades y recursos de afrontamiento del doliente	206
8.3. Proceso de comunicación de malas noticias	206

8.3.1. Estrategias comunicativas establecidas por los profesionales	207
8.3.2. Modelo de actuación	208
8.3.3. Situaciones específicas	212
8.4. Apoyo temprano en duelo	213
8.5. Conclusiones	214
Caso práctico	215
9. Accidente de múltiples víctimas	218
9.1. Aspectos generales de los accidentes de múltiples víctimas	219
9.1.1. Definición y aspectos generales	219
9.1.2. Respuesta adecuada a un accidente de múltiples víctimas	221
9.1.3. Zonificación	225
9.1.4. Clasificación de pacientes	230
9.2. Intervención psicosocial en accidentes de múltiples víctimas	233
9.2.1. Objetivos y áreas de intervención	234
9.2.2. Fase de reparación y recuperación tras un accidente de múltiples víctimas	239
9.3. Conclusiones	239
PARTE III: INTERVENCIÓN CON INTERVINIENTES: RIESGOS PSICOSOCIALES Y PREVENCIÓN	241
10. Principales riesgospsicosociales en los intervinientes	242
10.1. Estrés traumático secundario	242
10.2. Desgaste profesional o burnout	246
10.3. Principales problemas asociados a los riesgos psicosociales	249
10.4. Conclusiones	252
11. Prevención de riesgos psicosociales con intervinientes: buenas prácticas para el autocuidado	253
11.1. Actuaciones preventivas: evaluación y formación	254
11.1.1. Fase didáctica de los riesgos psicosociales en emergencias	254
11.1.2. Desarrollo de perfiles de los riesgos psicosociales	255
11.1.3. Identificación y observación de los síntomas	257
11.2. Estrategias de afrontamiento y ajuste de expectativas profesionales	258
11.3. Identificación de los factores protectores	260
11.3.1. Desarrollo de recursos emocionales de resistencia	260
11.3.2. Creación del sentido y adaptación al estrés	264
11.4. Experiencias de recuperación	269
11.5. Redes de apoyo profesional	270

11.6. Conciliación de la vida laboral y la vida personal	271
11.7. Asistencia psicológica individualizada o en grupo	272
11.8. Conclusiones	272
Caso práctico	273
Anexo	275
Nota bibliográfica	281