

Enrique Parada Torres (Coord.)



PSICOLOGÍA y EMERGENCIA

Habilidades psicológicas en las
profesiones de socorro y emergencia

2ª Edición

biblioteca de psicología



DESCLÉE DE BROUWER

PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA

**Habilidades psicológicas en las profesiones
de socorro y emergencia**

ENRIQUE PARADA TORRES
(Coord.)

PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA

**Habilidades psicológicas en las profesiones
de socorro y emergencia**

2ª Edición

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

1ª edición: noviembre 2008

2ª edición: noviembre 2009

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley.

Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos –www.cedro.org–), si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© Enrique Parada Torres, 2008

© EDITORIAL DESCLÉE DE BROUWER, S.A., 2008

Henao, 6 - 48009 Bilbao

www.edesclee.com

info@edesclee.com

Impreso en España - Printed in Spain

ISBN: 978-84-330-2272-1

Depósito Legal:

Impresión: Publidisa, S.A. - Sevilla

*A mis padres y hermanos,
por el amor y el apoyo incondicional.*

Índice

Agradecimientos	17
Autores	21
Prólogo	25
Introducción	31
1. El comportamiento humano en situaciones de emergencia. .	37
<i>Enrique Parada Torres</i>	
1. Introducción	38
2. Principios básicos de conducta: el modelo ABC.....	39
3. Consideraciones sobre las situaciones de emergencia y las personas afectadas	57
2. Estrés y ansiedad en salvamentos, rescates y auxilios	69
<i>Javier Martín Oterino, Enrique Parada Torres</i>	
1. Introducción	69
2. Definición conceptual	71
3. Fuentes de estrés	79
4. Afectación del estrés ante la situación de emergencia . . .	81
5. Moduladores del estrés	88
Recuerda	90

Para complementar	90
Referencias bibliográficas	91
3. Estrategias psicológicas de control del estrés	93
<i>Javier Martín Oterino, Antonio Puerta Torres</i>	
1. Introducción	93
2. Técnicas para modificar la activación fisiológica	96
3. Técnicas para modificar la activación cognitiva	104
4. Técnicas para modificar la activación motora	128
Recuerda	136
Para complementar	137
Referencias bibliográficas	138
4. Elementos básicos para la comunicación efectiva con afectados	141
<i>Enrique Parada Torres</i>	
1. Introducción	142
2. Principios básicos de la comunicación	143
3. Componentes de la comunicación	151
4. La comunicación asertiva	154
Recuerda	162
Para complementar	163
Referencias bibliográficas	163
5. Técnicas, estratagemas y estrategias comunicativas con afectados	165
<i>Enrique Parada Torres</i>	
1. Técnicas para la comunicación en situaciones de emergencia	166
2. Estrategias y estratagemas comunicativas en situaciones de emergencia	197
3. Un ejemplo de combinación de técnicas: comunicación durante acciones de salvamento y rescate	211
Recuerda	212
Para complementar	212
Referencias bibliográficas	213

6. Comunicación con niños en situaciones de auxilio y emergencia	215
<i>Rodolfo Ramos Álvarez, M^a Dolores Portela Oviedo</i>	
1. Introducción	216
2. El primer contacto	220
3. La atención directa al menor en situaciones de auxilio, rescate y salvamento	226
4. Finalizar la intervención.	237
5. El recuerdo posterior	240
Recuerda	242
Para complementar	244
Referencias bibliográficas	245
7. Comunicación con otras “poblaciones especiales” (personas mayores, personas con discapacidad, personas extranjeras) .	247
<i>Natalia Lorenzo Ruiz</i>	
1. Las “poblaciones especiales”	248
2. Comunicación con personas mayores	250
3. Comunicación con personas con discapacidad.	259
4. Comunicación con personas extranjeras.	286
Recuerda	289
Para complementar	290
Referencias bibliográficas	291
8. Comunicación de malas noticias	293
<i>M^a del Mar Gómez Gutiérrez</i>	
1. ¿Qué es una mala noticia?	294
2. ¿Por qué nos preocupa comunicar malas noticias?	297
3. Procedimiento para comunicar malas noticias.	298
4. Etapas por las que pasa una persona tras recibir una mala noticia	306
5. Habilidades de los profesionales de socorro y emergencias necesarias para la comunicación de malas noticias.	310
6. Aspectos específicos en la comunicación de malas noticias en menores y otras poblaciones.	312
Recuerda	318

Para complementar	319
Referencias bibliográficas	320
9. Gestión de emergencias por intento de suicidio	321
<i>M^a Patricia Acinas Acinas, Fernando A. Muñoz Prieto</i>	
1. Entendiendo el suicidio	324
2. Mitos y realidades en el suicidio	327
3. El suicidio y los suicidas.	329
4. Cómo actuar con un suicida.	345
Recuerda	360
Para complementar	361
Referencias bibliográficas	362
Enlaces Web	363
Recursos audiovisuales	365
10. Gestión de emergencias con comportamiento violento	367
<i>M^a Patricia Acinas Acinas, Fernando A. Muñoz Prieto, Enrique Parada Torres</i>	
1. Introducción	368
2. ¿Qué hace que la gente se ponga violenta?	370
3. Las edades de la conducta violenta	373
4. Personas violentas con sus consecuencias	377
5. Cómo actuar con una persona agitada	378
6. Cómo actuar con una persona violenta.	381
Recuerda	410
Para complementar	412
Referencias bibliográficas	414
Enlaces Web	415
Recursos audiovisuales	416
11. Manejo y comunicación con personas intoxicadas por alcohol y drogas.	417
<i>Miguel del Nogal Tomé, María Ramos Martín</i>	
1. Las personas consumidoras de drogas	419
2. ¿Qué es una droga?	421
3. Comportamiento del drogodependiente	422

4. Clasificación de las drogas	429
5. Personas consumidoras de sustancias depresoras del sistema nervioso central	431
6. Personas consumidoras de drogas estimulantes del sistema nervioso central	439
7. Personas consumidoras de sustancias perturbadoras del sistema nervioso central	443
8. Recomendaciones finales	449
9. Conceptos importantes a tener en cuenta	451
Recuerda	453
Para complementar	454
Referencias bibliográficas	454
 12. Comunicación con personas en crisis psicóticas.	457
<i>Vicente Ibáñez Rojo, Domingo Díaz del Peral</i>	
1. ¿Qué es una crisis psicótica?	458
2. Tipos de psicosis	461
3. Evaluar la situación.	466
4. Comunicación con una persona en crisis psicótica	467
5. Situaciones especiales.	478
Recuerda	480
Para complementar	481
Referencias bibliográficas	481
 13. Intervención en crisis con mujeres víctimas de malos tratos	483
<i>Julia Sebastián Herranz, Almudena Sánchez Mazarro</i>	
1. ¿Qué son los malos tratos? ¿qué es la violencia de género?	484
2. Nuestra inseguridad como profesionales: preocupaciones y miedos en la intervención con mujeres víctimas de malos tratos	489
3. Habilidades y conocimientos básicos de las/los profesionales de emergencias necesarios para la atención a víctimas de malos tratos.	492
4. Procedimiento para la intervención en crisis con una mujer víctima de malos tratos.	497
5. Cuando la petición de ayuda se recibe por teléfono.	505

6. Consecuencias de los malos tratos	507
7. Mitos sobre los malos tratos	509
8. Pautas específicas de actuación para la policía	512
Recuerda	514
Para complementar	515
Referencias bibliográficas	516
 14. Intervención en crisis con mujeres víctimas de agresiones sexuales	 517
<i>Julia Sebastián Herranz, Almudena Sánchez Mazarro</i>	
1. ¿Qué es una agresión sexual?	518
2. Nuestra inseguridad como profesionales: preocupaciones y miedos en la intervención con víctimas de agresiones sexuales	521
3. Reacciones y etapas por las que pasa una persona tras ser agredida sexualmente	523
4. Procedimiento para la intervención en crisis con una víctima de agresiones sexuales	527
5. Cuando la petición de ayuda se recibe por teléfono	533
6. Habilidades de los/las profesionales de emergencias necesarias para la atención a víctimas de agresiones sexuales	535
7. Mitos sobre la violación	536
8. Pautas de actuación en situaciones de crisis para la policía	538
Recuerda	541
Para complementar	542
Referencias bibliográficas	543
 15. Primeros auxilios psicológicos en accidentes con múltiples víctimas y desastres	 545
<i>Enrique Parada Torres</i>	
1. El apoyo psicológico: un componente más de la atención integral en desastres	545
2. Accidentes con múltiples víctimas y desastres como situaciones críticas	547

3. Personas afectadas tras desastres.	548
4. Los primeros auxilios psicológicos: principios y objetivos	550
5. ¿Quién puede hacer apoyo psicológico?: niveles de apoyo	551
6. Primeros auxilios psicológicos: una propuesta de actuación	552
7. Cuarenta acciones útiles para prestar primeros auxilios psicológicos	554
8. Factores esenciales para una respuesta de apoyo psicológico efectiva ante desastres.	557
9. Estructura táctica del apoyo psicológico inmediato en desastres.	560
Recuerda	569
Para complementar.	570
Referencias bibliográficas.	570
16. Trabajar en profesiones de emergencia: Afrontar el estrés por incidente crítico y prevenir el desgaste psíquico y el desgaste por empatía.	573
<i>Carla Uriarte Chávarri, Enrique Parada Torres</i>	
1. Introducción	573
2. El estrés por incidente crítico.	575
3. Quemarse por el trabajo	584
4. El desgaste por empatía, la traumatización vicaria y el estrés traumático secundario	589
5. Prevenir es mejor que curar	593
Recuerda	597
Para complementar	597
Referencias bibliográficas	598

Agradecimientos

A mis más que amigos, en realidad “familia”, de AETSAS (*Asociación Española de Técnicos en Salvamento Acuático y Socorrismo*), Alberto González, Prudencio Rojo, Ricardo Trenado y Axier Rojo.

A mi maestro en el Salvamento y Socorrismo, Pepe Palacios y a colegas como Rafael Lucas y Luis Miguel Pascual, quienes por toda la geografía española siguen contribuyendo a situar el salvamento en el lugar profesional y digno que le corresponde.

A mis antiguamente compañeros de equipo en tantas “aventuras”, alegrías y vicisitudes en esto del Salvamento y Socorrismo, hoy amigos íntimos: Miguel Ángel Suárez, Juan Luis del Valle y Enrique González.

A Rafael de Andrés, del Departamento de Formación del Cuerpo de Bomberos de la Comunidad de Madrid, por la confianza que siempre ha depositado en mí para formar a bomberos nóveles y veteranos.

A mi maestro en la Psicología, Vicente Prieto, ejemplo de profesionalidad y buen hacer.

A mis querid@s amig@s psicólog@s Rafael Parra, Marta Rodríguez y Ruth Mieres, que día a día ayudan a numerosas personas a buscar soluciones frente a su adversidad. ¡Cuánto he aprendido con ellos!

A Rodrigo Martínez de Ubago y Enrique García Huete, amigos y modelos de profesionales que disfrutamos con lo que hacemos. Qué gusto hacer cosas junto a vosotros.

A José Antonio Carrobles y a mis entrañables Ignacio Montorio y María Izal de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid, con quienes di mis primeros pasos aplicados en esto de la psicología y tantos años después, siguen disponibles.

A l@s compañer@s “psi” del Equipo de Incidentes Críticos de Médicos Sin Fronteras (Beatriz Rodríguez Vega, Alberto Fernández Liria, Carmelo Vázquez, Pau Pérez-Sales...). Me hubiera encantado sumar sus contribuciones para que l@s lector@s se enriqueciesen de su saber. Yo ya lo llevo en mi biografía.

A mis compañeros y amigos Esther Laso y Jesús Miranda. Excelentes profesionales de la intervención en crisis y el counselling.

A l@s amig@s junto a l@s que he colaborado durante años en el Grupo de intervención psicológica en emergencias y catástrofes del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (Alfredo Guijarro, Conchy Hernández, Raquel Delfín, Eduardo Samper, etc.).

A Miguel Leiva y a Chusa Gallego, por enseñarme a enseñar, y ser ejemplo de calidad humana.

A Marta, mi pareja, con quién se cumple no sólo el tópico de la paciencia y el apoyo durante la elaboración del libro; a esto hay que sumar mucha más paciencia y mucho más apoyo en tantas ausencias, ante intervenciones de emergencia inesperadas e inaplazables en lugares cercanos y lejanos.

A tantas personas afectadas que han aceptado el apoyo ofrecido y me han permitido situarme junto a ellas para ayudarlas a afrontar el daño que sufrían.

A l@s emergencistas que han hecho y hacen de cada uno de los cursos que imparto, un auténtico proceso de enseñanza-aprendizaje, en el que mi mochila de “saberes” y experiencias siempre sale un poco más cargada.

Autores

M^a Patricia Acinas Acinas

Psicóloga. Especialista en Psicología de Urgencias, Emergencias y Catástrofes. Supervisora Nacional de “Intervención Psicológica Especializada”. Técnico en Emergencias Sanitarias.

Miguel del Nogal Tomé

Psicólogo. Cruz Roja Española. Miembro de la Asociación madrileña de psicólogos de drogas y adicciones.

Domingo Díaz del Peral

Psiquiatra. Grupo de Salud Mental Médicos del Mundo.

M^a del Mar Gómez Gutiérrez

Psicóloga. Experta en duelo. Profesora asociada del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Vicente Ibáñez Rojo

Psiquiatra. Grupo de Salud Mental Médicos del Mundo.

Natalia Lorenzo Ruiz

Psicóloga. Experta en crisis, emergencias y catástrofes. Técnico en Emergencias Sanitarias. Oficina Provincial de Asturias de Cruz Roja Española.

Javier Martín Oterino

Psicólogo. Especialista en Psicología Clínica y en Psicología de Urgencias, Emergencias y Catástrofes.

Fernando A. Muñoz Prieto

Psicólogo. Director de “Intervención Psicológica Especializada”. Coordinador de los cursos de Postgrado y Avanzado en “Psicología de Urgencias, Emergencias y Catástrofes” del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Enrique Parada Torres

Psicólogo. Especialista en Psicología de Urgencias, Emergencias y Catástrofes. Consultor en crisis y emergencias. Responsable del área de Psicología de la Asociación Española de Técnicos en Salvamento Acuático y Socorrismo.

M^a Dolores Portela Oviedo

Psicóloga. Especialista en Psicología de Urgencias, Emergencias y Catástrofes. Experta en Psicología infanto-juvenil.

Antonio Puerta Torres

Psicólogo. Suboficial de la Policía Municipal. Ayuntamiento de Madrid.

Rodolfo Ramos Álvarez

Psicólogo. Experto en Intervención en crisis y Psicología infanto-juvenil. Profesor Asociado del Dpto. de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Facultad de Educación y Humanidades. Campus de Melilla. Universidad de Granada.

María Ramos Martín

Psicóloga. Experta en Psicología y Drogodependencias. Ayuntamiento de Leganés

Almudena Sánchez Mazarro

Psicóloga. Formación Postgrado. Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Julia Sebastián Herranz

Psicóloga. Profesora titular del Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Carla Uriarte Chávarri

Psicóloga. Responsable de Apoyo y Salud Mental de Equipos. Médicos Sin Fronteras-España.

Prólogo

Miguel Costa y Ernesto López

Resulta familiar la ayuda psicológica que se presta en un centro de salud, un hospital o un consultorio clínico, escenarios más o menos estables y predecibles, a donde la gente acude por algún problema o dolencia más o menos específica. La ayuda psicológica resulta menos familiar, y quizás también más arriesgada, cuando tiene lugar en momentos especialmente críticos e imprevistos: las emergencias. De eso trata este libro.

Es un libro comprometido con las personas que sufren y que han visto quebrantados sus registros de esperanza con la vida porque quizás no tuvieron ocasión de despedirse de los que se fueron cuando menos lo esperaban, porque quizás perdieron sus pequeños o grandes vestigios de su identidad histórica y se quedaron sin nada, o porque tuvieron que experimentar la violencia y situaciones de estrés de manera especialmente intensa como quizás resulte difícil de imaginar. Personas “normales” en su mayor parte que, por avatares del destino, son víctimas directas o indirectas de accidentes, catástrofes, violencia o enfermedades. Es un libro comprometido también con las personas que dedican su tarea profesional a ayudar en condiciones de emergencia y que se ven expuestos a situaciones especialmente

críticas que ponen en riesgo su seguridad e integridad. Para hacernos una idea de este grado de exposición, basta con caer en la cuenta, como así se refiere en el libro, de que un profesional de emergencia puede verse expuesto en una semana activa de trabajo a más incidentes traumáticos que los que con toda seguridad verá un ciudadano medio en toda su vida.

Es por último, en coherencia con este doble compromiso al que aludimos, un libro completo y bien estructurado que rezuma conocimiento, sabiduría práctica y respeto. Resulta difícil imaginarse algún aspecto que no se contemple en el libro. Desde los fundamentos psicológicos que ayuden al lector a comprender por qué las personas se comportan como lo hacen y por qué hay personas que resultan más vulnerables que otras ante el estrés, hasta los procesos de comunicación implicados y guías prácticas que permiten afrontar situaciones críticas en diferentes escenarios y colectivos. De esta manera, el libro ofrece ya desde el primer capítulo una perspectiva biográfica, compleja e histórica del comportamiento humano que se expone a situaciones de emergencias y, como tal, orienta a quienes han de ayudar en estas situaciones a que lo hagan de manera sutil y sensible, animando también a la propia reflexión sobre la ayuda que se presta cuando se inician intentos y procesos de solución que generan o mantienen problemas. Es lo que muy acertadamente se denomina “los problemas de las soluciones”. De manera muy didáctica el libro nos introduce, en los capítulos segundo y tercero, en la clarificación de conceptos como estrés, ansiedad, respuestas adaptativas y disfuncionales de estrés así como moduladores del estrés a que se ven sometidos los profesionales que han de atender emergencias y un “menú” muy completo de estrategias psicológicas para el afrontamiento del estrés.

No podía faltar tampoco la estrategia básica de intervención: la comunicación. Puede decirse que el libro es, en su conjunto, todo un tratado de comunicación con guías prácticas ajustadas y pertinentes para facilitar el trabajo del “emergencista”. Los autores van presentando los diferentes aspectos de la comunicación como si de un paisaje se tratara que se fuera revelando y llegara hasta sus matices más precisos y concretos. Y así, introducen en los fundamentos más

básicos para comunicarse bien con afectados (Cap. 4). La expresión metafórica “los cerrojos” de la biografía resulta muy afortunada para recordarnos que las personas afectadas, como biografías complejas que son, con una historia y experiencias diferentes, resultan especialmente sensibles y selectivamente permeables para bloquearse y cerrarse ante la intervención de un profesional, más aun cuando esta relación transcurre en especiales momentos de amenaza. Precisamente por ello, los autores se detienen en compartir con el lector técnicas y estrategias básicas de comunicación (Cap. 5) que resultan especialmente indicadas para ayudar a las víctimas y requerir su colaboración: interpretar con rapidez el significado de contextos problemáticos, dirigir, dar instrucciones con firmeza y asumir el control cuando la seguridad de la víctima así lo requiere, informar de manera pertinente para disminuir la ansiedad, bien “resignificando” lo que está experimentando la víctima, bien facilitando la distracción o facilitando procesos de extinción. Y todo ello con ejemplificaciones de casos concretos bien seleccionados y que denotan un buen conocimiento de la realidad como de explicaciones teóricas que denotan también un buen conocimiento teórico. El libro se detiene de manera amena en recursos y estratagemas con indudable sentido metafórico para hacer frente a las diferentes situaciones que plantea la comunicación con afectados, en especial, cuando el comportamiento de éstos puede resultar un obstáculo para su seguridad y su supervivencia. “Surcar el mar a espaldas del cielo”, “mentir diciendo la verdad”, “enturbiar las aguas para que floten los peces” son, entre otras, algunas de estas estratagemas que no nos atrevemos a desvelar para que sea el mismo lector quien experimente el placer de descubrirlas.

El proceso de comunicación no podía quedar completo si no contemplara el difícil reto de comunicarse bien con niños en situaciones de rescate y emergencia (Cap. 6). Esto ocupa un lugar especial en la intervención de los profesionales, por cuanto éstos suelen estar más afectados cuando sus acciones de salvamento o seguridad no se coronan con éxito. El libro se detiene en las peculiaridades de las reacciones de estrés de los menores, con un decálogo muy práctico de cómo comunicarse bien con ellos así como una relación de aspectos

que conviene evitar. El resto de capítulos ofrece guías completas y orientaciones prácticas y precisas para comunicarse con “poblaciones especiales” como personas mayores, con discapacidad y personas extranjeras (Cap. 7), para dar malas noticias (Cap. 8), para gestionar emergencias por intentos de suicidio (Cap. 9), para intervenir y preservar la seguridad e integridad en situaciones de violencia (Cap. 10), para manejar y comunicarse bien con personas intoxicadas por alcohol y drogas (Cap. 11), con personas que sufren crisis psicóticas (Cap. 12), o para intervenir en crisis con mujeres víctimas de malos tratos (Cap. 13) y de agresiones sexuales (Cap. 14). Un manual, pues, muy completo de comunicación y de guías prácticas.

Por último, el libro se cierra con dos capítulos sumamente relevantes. El capítulo 15 afronta la compleja tarea de los primeros auxilios psicológicos en accidentes con múltiples víctimas y desastres. Es un capítulo ambicioso y con perspectiva de futuro por cuanto se plantea toda una Propuesta de Actuación en Primeros Auxilios Psicológicos que, no nos cabe duda, servirá de guía no sólo a los futuros “emergencistas” sino a las instituciones y organizaciones que pretendan planificar y organizar la ayuda psicológica en situaciones de emergencia. El último capítulo del libro (Cap 16) acomete un tema especialmente sensible para quienes se dedican a la tarea de ayudar en condiciones de emergencia: el estrés por incidente crítico. Las personas que trabajan en estas condiciones se ven expuestas a situaciones de especial demanda emocional que requieren ayuda, cuidado y, sobre todo, no sobrepasar determinados límites.

No podíamos terminar este prólogo sin antes aludir a algo que nos preocupa especialmente cuando se presta una ayuda psicológica. Nos referimos al fenómeno del “*enemigo complaciente*”, descrito por Ryan hace muchos años, y que describe el efecto del profesional que *te resuelve* los problemas pero que te roba la dignidad de resolverlos por ti mismo. Algunas imágenes que tuvimos ocasión de presenciar de cerca en los tristemente célebres acontecimientos del 11-M contribuyeron a que se encendieran algunas alarmas. Tuvimos la sensación de que “poner un psicólogo en su vida” podía estar sutilmente suplantando y hasta minando la ayuda que los contextos sociales naturales

(familiares, amigos...) vienen realizando por los siglos de los siglos. Y, en este sentido, hemos de decir que la ayuda que en este libro se dibuja se enmarca en el respeto más estricto hacia las víctimas. Éstas son consideradas como personas normales con capacidad de recuperarse y de hacer frente a las situaciones especiales por las que están pasando, y la ayuda no secuestra la dignidad de quienes sufren porque no les roba la capacidad de ayudarse y de recuperarse con ayuda de sus entornos sociales y tampoco son objeto de “diagnósticos psicopatológicos”. Por el contrario, la ayuda que se describe en este libro proporciona a la víctima un sentido de identidad y de afrontamiento normalizado.

Así pues, Enrique y demás colegas, gracias por habernos dado la oportunidad de tener en nuestras manos este libro y haber disfrutado con su lectura. Y es nuestro deseo de que sean muchos los lectores que se acerquen y puedan disfrutar y beneficiarse de sus “saberes” que os habéis decidido a compartir.

Miguel Costa y Ernesto López, *“Costa y López”*

Introducción

Enrique Parada Torres

*No soy más que uno, pero soy uno.
No puedo hacerlo todo, pero puedo hacer algo.
Y por no poder hacer todo,
no quiero dejar de hacer el “algo” que puedo.*

E. Everett Hale

Este es un libro que aborda el encuentro entre personas. Un encuentro muy concreto, entre seres humanos muy concretos. Trata de personas que sufren y personas dispuestas a ayudar porque han hecho de esta actividad su profesión. Se centra en la asistencia prestada y recibida en un escenario particular: el de la emergencia. Una asistencia que se traduce en acciones como salvar, rescatar, auxiliar, apoyar y en definitiva, facilitar que la persona afectada reciba la atención necesaria en esa situación.

El libro constituye una herramienta de ayuda para profesionales de la emergencia (Técnicos en emergencia sanitaria, bomberos, socorristas, médicos y personal de enfermería de emergencia prehospitalaria, rescatadores, policía, personal de Protección Civil, psicólogos emergencistas, etc.).

A través de un formato didáctico se facilita el aprendizaje de habilidades psicológicas que ayudan al profesional en el desempeño de su intenso trabajo. El libro proporciona orientaciones útiles para la gestión de dinámicas y situaciones críticas que el/la profesional de la emergencia ha de enfrentar con relativa frecuencia al asistir a los-as afectados-as. En los diferentes capítulos, se describen habilidades psicológicas y habilidades de comunicación para hacerlas frente, así como el empleo de pautas y procedimientos de interacción eficaz, con las personas objeto de ayuda.

Por medio de ejemplos y casos desarrollados y/o dialogados, menú de elementos clave, cuadros, resúmenes, etc., se pretende presentar unos contenidos directamente aplicables a la práctica profesional del/la emergencista.

El primer capítulo aborda el tema del comportamiento en situaciones de emergencia. A través del modelo ABC de Miguel Costa y Ernesto López se presentan las bases de la interacción humana en situaciones de emergencia entre el/la profesional y la persona afectada. Se describen los componentes y las dinámicas significativas básicas que pueden acontecer en dicha interacción.

El segundo capítulo profundiza en dos realidades que suelen presentarse y acompañar a los actores participantes en una situación de emergencia, tanto desde el rol de afectado, como a veces también desde el rol de profesional: La ansiedad y el estrés. El capítulo nos acerca a estos fenómenos psicológicos, a sus causas, fuentes, manifestaciones y consecuencias. El siguiente capítulo enlaza con el anterior para mostrarnos toda una serie de técnicas y estrategias que al profesional pueden resultarle sumamente útiles para afrontar el estrés que origina trabajar en situaciones intensas, y en ocasiones, emocionalmente impactantes.

El cuarto y el quinto capítulo tratan de un elemento imprescindible para la relación de ayuda en emergencias: La comunicación. El capítulo cuatro se centra en los principios, componentes básicos y estilo a tener en cuenta al comunicarnos con las personas afectadas. El quinto añade al anterior la presentación de toda una serie de habilidades, técnicas y estrategias a modo de ingredientes, a partir

de las cuales, elegir, combinar y elaborar nuestra acción comunicativa con una persona *concreta*, en una situación de emergencia *concreta*.

Los capítulos inmediatamente siguientes constituyen auténticos *monográficos* de habilidades de comunicación y manejo de la situación de emergencia con varios *tipos* de personas afectadas. Así, el capítulo seis expone la particular realidad de la situación de emergencia cuando trabajamos con niños, y nos invita a tener en cuenta diversas consideraciones al atender a este tipo de población.

El séptimo capítulo añade al anterior otras poblaciones concretas como son las personas mayores, personas con discapacidad y afectados que no conocen nuestro idioma (ni nosotros-as el suyo).

En el capítulo ocho, nos detenemos en el abordaje de una situación dura a veces e ingrata siempre: La comunicación de malas noticias. Con nuestra notificación, otorgamos un nuevo rol a quien la recibe. El conocimiento de la noticia, la convierte en una persona en duelo. El capítulo se centra así especialmente, en la comunicación de fallecimientos.

En el capítulo nueve vamos a tratar el tema del suicidio y las pautas de comunicación con este tipo de afectado/a cuando el intento de quitarse la vida da lugar a una situación de emergencia.

El décimo capítulo se detiene en la gestión de emergencias con comportamiento violento y el abanico de habilidades de comunicación y otras acciones, que conviene ser capaces de emplear frente a este tipo de conducta.

El capítulo undécimo presenta la realidad psicológica de las personas intoxicadas por alcohol o drogas y las recomendaciones al tratar con afectados-as por este consumo.

El capítulo doce se centra en un tipo de persona que en ocasiones desconcierta e incluso asusta, provocando esto que nos resulte difícil interactuar adecuadamente con ella: nos referimos a personas con crisis psicóticas. El capítulo, igual que hacen otros, nos ayuda a discriminar mitos y realidades y ofrece orientaciones para interactuar con individuos con un nivel de contacto con la realidad distinto al que solemos encontrar cotidianamente.

Los capítulos trece y catorce se ocupan de orientarnos en el manejo de dos situaciones de crisis en las cuales las personas afectadas son mujeres en la inmensa mayoría de los casos. Los malos tratos y las agresiones sexuales son enmarcados como situaciones críticas a abordar de manera urgente. Los capítulos presentan toda una serie de orientaciones y recomendaciones para comunicarnos y atender a la mujer que ha sufrido estos daños.

En el capítulo quince pasamos a prestar atención a un tipo de situaciones de emergencia afortunadamente menos frecuentes: Los accidentes con múltiples víctimas y los desastres. En este capítulo acercamos al profesional de emergencia a lo que constituyen labores de apoyo psicológico básicas y especializadas. Además, presentamos una propuesta de intervención de Primeros Auxilios Psicológicos que cualquier emergencista, en el momento y lugar adecuado, puede ofrecer a las personas damnificadas, de manera complementaria a la que van a prestar los-as profesionales de la intervención psicosocial (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales...) sin necesidad de tener su cualificación.

Para finalizar el libro, el capítulo dieciséis da un giro y se vuelve a centrar en la figura del emergencista y en la importancia de cuidar de sí mismo/a para poder cuidar y atender a otros. El capítulo aborda problemáticas profesionales como el estrés por incidente crítico, el síndrome de quemarse por el trabajo, o el desgaste psíquico que puede originar el trabajar con víctimas de situaciones traumáticas. En él se llama la atención sobre este tipo de procesos disfuncionales y más importante aún, sobre actitudes y acciones que nos pueden ayudar a seguir ayudando sin tener que pagar a cambio un elevado precio emocional.

La totalidad del libro está llena de orientaciones y recomendaciones. Sin embargo, no pretendemos dar a entender que éstas constituyen la “receta mágica”, ni son las únicas formas de proceder en cada tipo de problemática. La complejidad de variables que se ponen en juego, personales y contextuales, durante una situación de emergencia, nos hacen animar a los-as compañeros-as emergencistas a tomar estas recomendaciones como pautas a considerar (de hecho, creemos

que son pautas útiles), y sobre todo y ante todo, a adaptarlas a partir de su análisis, conocimientos y experiencia funcional en torno a la situación de emergencia que haya de abordar en cada momento.

Recordémonos que no son las herramientas las que nos ayudan a “arreglar” algo, sino el correcto uso que hacemos de ellas. Próspero trabajo.

Nota: Para una lectura más ágil, los capítulos prescinden de diferenciar constantemente las categorías masculina y femenina “el-la”, presentando la categoría “el” por mero hábito de presentación en el medio escrito. Esto de ninguna manera pretende desigualar la figura femenina frente a la masculina, ni al hablar de profesionales, ni al referirnos a cualquier otro tipo de persona.

1 El comportamiento humano en situaciones de emergencia

Enrique Parada Torres

En este capítulo vamos a tratar sobre:

- El modelo a través del cual entender el proceso básico de comportamiento humano
- Los principios básicos que nos permiten entender el comportamiento humano
- Las consideraciones más significativas sobre el comportamiento de las personas afectadas por situaciones de emergencia

1. Introducción

Lluvia y frío. En un cruce de calles dos vehículos han colisionado. El capó de uno de ellos ha impactado contra el lateral de la conductora del otro vehículo. La mujer ha quedado atrapada y herida. Asustada y dolorida, solloza pidiendo ayuda. El otro conductor está inconsciente. No llevaba puesto el cinturón de seguridad y su cabeza ha impactado contra el parabrisas. Tras él, ileso, un niño afianzado a su silla, llora y grita “¡papá, papá!”.

Varios testigos se apresuran a ayudar. Unos quieren sacar a los heridos y otros les increpan para que no se les mueva. Algunos sólo miran y hacen comentarios ansiosos sobre la llegada de la ayuda.

Ruido de sirenas. Destello de luces. Ruido de silbatos. Sanitarios, bomberos y policías van llegando. Un policía saca al pequeño y se lo entrega a una enfermera. Otros apartan a la gente dejando espacio a sanitarios y bomberos. Estos sacan sus herramientas y utensilios. Valoran, se intercambian instrucciones. Frases breves, imperativas, seguras. Se presentan a la conductora, la preguntan, la informan de lo que van a hacer. Frases breves, cálidas, seguras. Todos actúan. Todos se comportan. Lluvia y frío.

Una situación de emergencia en la que una o más personas resultan afectadas, provoca un encuentro con las personas que acuden a prestarles ayuda: los profesionales de la emergencia.

Inevitablemente, tanto los afectados como el personal de ayuda van a emitir comportamientos. Lo van a hacer además en un determinado contexto –el de la emergencia– y condicionados por toda una serie de elementos o variables, de mayor o menor relevancia, pero inevitablemente presentes –la historia personal de cada implicado, la experiencia previa en ese tipo de situaciones, el rol adoptado en la situación, el estado orgánico de la persona, p.e. estar herido, etcétera–.

La relación de ayuda en una situación de emergencia implica un encuentro entre los afectados y el personal de ayuda, en el que ambas partes emiten comportamientos.

Vamos a organizar en las páginas siguientes los aspectos comportamentales relevantes que tienen lugar cuando se produce la interacción entre afectado y profesional. Nos acercaremos al comportamiento humano en situaciones de emergencia.

2. Principios de conducta: el modelo ABC

Los cimientos desde los que vamos a construir y dar forma a la relación de ayuda con los afectados nos los va a proporcionar el modelo ABC desarrollado por Costa y López^{1,2}. El modelo ABC, de carácter biográfico y transaccional, nos facilita el análisis, el conocimiento y la comprensión del comportamiento de la persona afectada –y del nuestro propio en la intervención–.

Cada episodio de comportamiento, cada experiencia vital, podría ser observada a través de la ventana que el modelo ABC nos abre. Vamos, lógicamente, a centrarnos en los episodios referidos a situaciones de urgencia y emergencia.

Las letras del acrónimo ABC designan cada uno de los tres componentes estructurales del modelo:

- A: Antecedentes
- B: Biografía de la persona
- C: Consecuencias

Los antecedentes y las consecuencias constituyen dimensiones del *contexto o situación* del episodio de comportamiento o experiencia de emergencia a la que aplicamos el modelo, mientras que la biografía es un componente propio de la *persona*. Los tres, constituyen componentes permeables, con influencia recíproca y bidireccional durante el desarrollo del episodio, en este caso, de emergencia.

En concreto:

- Los *antecedentes* son aquellas circunstancias del contexto de la emergencia que influyen sobre la persona para que se comporte de una forma u otra.

- Román es un motorista. Circula con su potente moto por una sinuosa carretera de montaña llena de curvas. Nunca había ido por allí. Está disfrutando “tumbando” en las curvas, y dando gas a su máquina en las rectas. Adelanta incluso en zonas prohibidas. Cada vez se siente más osado en el manejo de la moto. Se aproxima a una curva más cerrada que la mayoría de las anteriores. En la calzada, un camión de arena de una obra próxima ha vertido arena y gravilla. Román entra en la curva con más velocidad de la debida para hacer su “tumbada”.
- Marisol recibe la visita de Cristóbal, su exmarido, en la tienda que regenta. Cristóbal es policía local del pueblo en el que viven. Llevan meses sin verse y procurando evitarlo. Se hablan por teléfono lo justo para tomar decisiones sobre su hija en común, Nati, de 17 años. Cristóbal dice a Marisol. –“¿Podemos hablar?... Es Nati”– Sin esperar respuesta, se adentra en la trastienda.
- Elia forma parte del equipo de Protección Civil de un municipio. La han llamado para sumarse al grupo con el que está llegando en un Vehículo de Rescate al puente que cruza el río, a la entrada del municipio. Un autobús escolar ha sufrido un accidente y ha caído al río. En esta tarde de invierno llueve intensamente y comienza a anochecer.

- La biografía personal (el comportamiento propiamente dicho) refleja cinco dimensiones o niveles de respuesta de la persona. Estas dimensiones son complementarias y están interrelacionadas (*percibir, pensar, sentir, actuar y biología de la persona*).

Junto a estas dimensiones, ejerciendo una influencia ineludible tenemos la *Historia* de vivencias de la persona a lo largo de su existencia, algunas de las cuales pueden tener una notable relevancia en el episodio de emergencia, observado a través de las gafas del ABC.

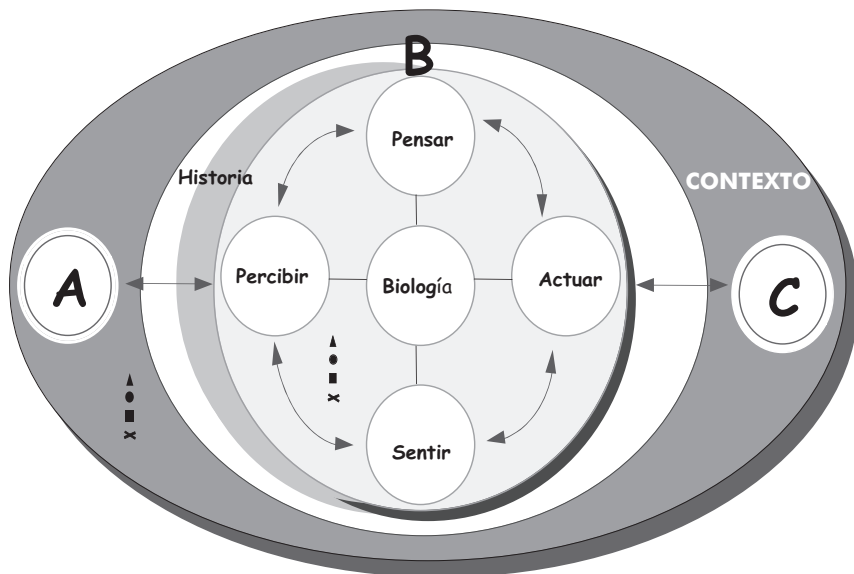
- Román percibe como su moto derrapa. Sus ojos se abren expresando el miedo que súbitamente le envuelve. Grita, mientras piensa –¡Me la doy!– y trata, sin éxito, de gobernar la moto. Nunca había tenido un accidente, aún con su estilo de conducción temeraria.
- Marisol siente como si su estómago se encogiese. Piensa que la cara de Cristóbal está demacrada. La conoce bien. La angustia se apodera de ella y un –“¿¡Qué pasa!?”– escapa continuamente de sus labios mientras se envuelve en su chaqueta cruzándola en exceso.
- Elia, al bajarse del vehículo, observa a otros emergencistas que atienden a niños heridos. Hay algún niño que yace cubierto, cabeza incluida, por una manta o una sábana. Otros lloran en el suelo, o deambulan, tras haber sido rescatados del agua. Elia nota la tensión en sus músculos y una sensación de embotamiento afectivo, como si aquello fuera un sueño más que algo real. “Esto es increíble” piensa. Recuerda su participación, en el pasado, en otras situaciones con múltiples víctimas... –“¡Triage!”– piensa y grita a sus compañeros. Comienzan a aproximarse a los niños que van encontrando, para valorarlos buscando los casos de atención prioritaria.

- Las *consecuencias* son los resultados que el comportamiento provoca sobre el contexto. Estos resultados, a su vez, dejan huella sobre la biografía de la persona. También se pueden convertir en antecedentes para una nueva secuencia de comportamiento.

- Román sale despedido por encima del quitamiedos y cae por la ladera de la montaña, hasta que el golpe contra un árbol le frena. Queda inconsciente, con diversas fracturas y policonusiones. Otros conductores han parado y avisan a los Servicios de Emergencia.
- Cristóbal, tras hacer sentar a Marisol, le comunica la muerte de la hija de ambos. Un accidente haciendo escalada. Marisol, se levanta de la silla. Le grita –“¡Fuera de aquí, es otra de tus mentiras! ¡¡Ella está bien!! ¡Hoy no viene a comer, pero le voy a hacer para cenar las croquetas que tanto le gustan! ¡Vete!”– Cristóbal sale hasta la puerta de la tienda. Procura tener a la vista a Marisol mientras telefonea a una de sus cuñadas.
- Elia encuentra niños que lloran asustados, más que heridos o doloridos. Un niño se agarra una muñeca fracturada. –“En seguida te atenderemos”– le dice mientras continua observando al resto. Ve un niño que se aleja caminando descalzo, con la mirada perdida y un andar robótico, hacia la carretera cada vez más oscura. Elia coge una manta y se apresura a alcanzarle. Lo dirige hacia un lado de la carretera en el momento en que una ambulancia, toma la curva y pasa veloz junto a ellos.

En la figura 1.1. podemos ver gráficamente las dimensiones del modelo ABC.

Figura 1.1.



A: Antecedentes / activadores

B: Biografía

C: Consecuencias / resultados

- Recursos
- Barreras
- Factores de protección
- Factores de riesgo

El comportamiento humano, tanto en situaciones de emergencia como de cualquier otro tipo, constituye una experiencia biográfico-contextual.

Tanto las dimensiones biográficas como el contexto, influenciadas por la historia de la persona, pueden suministrar a ésta –sea emergencista o sea afectado–, recursos o barreras, elementos de protección o elementos de riesgo.

Veamos algunos ejemplos de esto, aplicado a los profesionales y al contexto de la emergencia:

Biografía	Contexto
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos: Competencias, habilidades, conocimientos, etc., facilitadores de la actuación. <i>P.e. conocimiento de los protocolos de intervención, habilidades para escuchar y empatizar, etc.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos: Aspectos sociales, materiales y recursos humanos, facilitadores de la actuación. <i>P.e. equipamientos y materiales apropiados para la intervención; posibilidad de enlace con otros profesionales, etc.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Barreras: La carencia o déficit de lo anterior. <i>P.e. miedo irracional; prejuicios hacia algún tipo de víctima, etc.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Barreras: La carencia o déficit de lo anterior. <i>P.e. Problemas de acceso a la víctima atrapada. Dificultades burocráticas para optimizar la asistencia técnica, etc.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Factores de protección: Elementos personales que favorecen el empoderamiento, la fortaleza y el bienestar biopsicosocial. <i>Optimismo inteligente, personalidad “resistente” al estrés, etc.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de protección: Elementos contextuales que favorecen el empoderamiento, la fortaleza y el bienestar biopsicosocial. <i>P.e. Respaldo comunitario durante la intervención, apoyo organizacional, etc.</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo: La carencia o déficit de lo anterior. <i>P.e. Perfeccionismo, desgaste psíquico, etc.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Factores de riesgo: La carencia o déficit de lo anterior. <i>P.e. Falta de apoyo social, riesgos ambientales en el entorno de la actuación, etc.</i>

2.1. La persona frente a las situaciones de emergencia y frente a sí misma: Implicaciones prácticas

Cada persona crea su propia realidad sobre la base de lo que hace, guiada por la perspectiva que asume en la percepción de la realidad con la cual interactúa.

G. Nardone

Cualquier persona, sea el profesional de emergencia, un accidentado, un familiar, etc. durante toda su vida tiene su biografía “activada”, es decir los niveles de respuesta que conforman la biografía (percibir, biología, pensar, sentir y actuar) están listos para interactuar y establecer transacciones con el contexto.

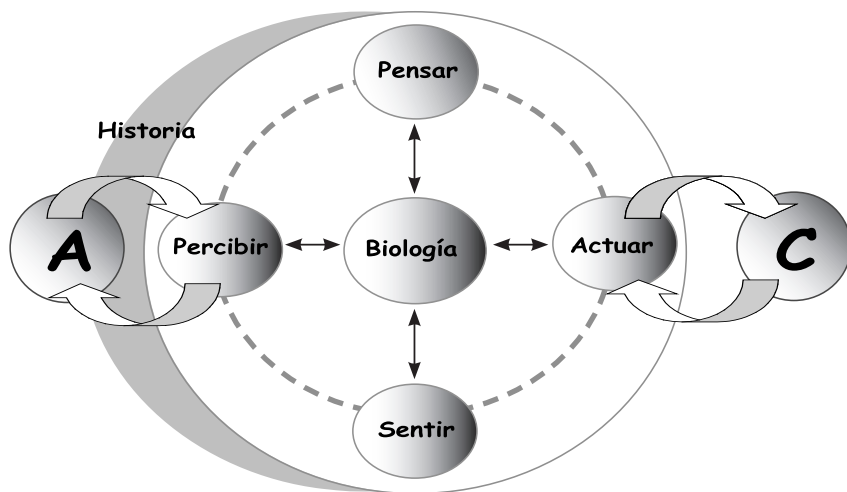
Así, cuando decimos que la persona se comporta de una determinada manera en una determinada situación, hablamos de que ante esa situación reacciona de manera *perceptivo-cognitivo-emotivo-biológico-conductual*; es decir: actúa.

Teófila es una mujer mayor que ha acudido al banco para cobrar su pensión. De repente escucha a un individuo gritar que no se muevan. Al mirar, observa que lleva un arma. Teófila siente como sus piernas empiezan a temblar y su respiración a agitarse. Siente que el pánico se va apoderando de ella mientras piensa –“¡Qué no nos haga daño, que no nos haga daño!”– Teófila no acierta a echarse al suelo tal y como el atracador ha ordenado a todos. Está paralizada, de pie. Grita, aferrada con las dos manos a su bastón.

En este punto, cabe decir que cuando atendemos a una secuencia o episodio de conducta, percibimos que estos niveles de respuesta se influyen mutuamente. Es decir, establecen *transacciones* entre sí.

Habitualmente, las secuencias de conducta comienzan con la *percepción* de alguna variable contextual (antecedente) y finaliza con una *acción* que influye sobre el contexto y/o sobre la misma persona (consecuencias) *fig.1.2.*

Figura 1.2.



En cualquier caso, los niveles de respuesta de la biografía influyen y se ven influidos recíprocamente por el resto de los niveles.

- Mi estado biológico puede influir en lo que percibo. *P.e. estoy cansado y con sueño y no percibo con claridad un estímulo peligroso hasta que estoy muy cerca de él.*
- Lo que percibo puede llevarme a pensar y valorar la situación de una determinada manera. *P.e. Al ver como dos vehículos han chocado frontalmente en una larga recta, pienso que probablemente la colisión ha sido muy fuerte y es posible que haya personas malheridas o fallecidas.*
- Lo que pienso puede influir en lo que siento. *P.e. Una persona herida me increpa enfadada, para que actúe según ella desea y no según lo que por protocolo, es conveniente en esa situación. Pienso que la persona debería ver, oír y callar, ya que el que sabe lo que hay que hacer soy yo y me siento indignado por su comportamiento.*
- Lo que siento puede influir en lo que hago. *P.e. continuando con el ejemplo anterior, le digo a la persona con tono irritado que deje de decirme lo que tengo que hacer, que se calle y me deje trabajar.*

Y así podríamos seguir enumerando ejemplos de influencia recíproca y prácticamente simultánea entre los diferentes niveles de respuesta que conforman la biografía de la persona.

Como veremos a lo largo del libro, igual que los diferentes niveles de respuesta se pueden influir provocando más daño, sufrimiento, confusión o malestar en la biografía de la persona, nosotros, como agentes de ayuda, podemos influir positivamente en uno o más de los niveles de respuesta, provocando un alivio integral de la persona. *P.e. Aliviar su estado biológico puede hacer que la persona se sienta mejor. De igual manera, ayudarla a percibir “con sus propios ojos” las situaciones desde otra perspectiva la puede llevar a sentirse menos asustada. También puede ocurrir que facilitar su desahogo emocional la sitúe en un estado de mayor calma en la que la persona pueda pensar con más claridad, etc.*

2.2. El contexto en las situaciones de emergencia

*En los servicios de emergencia nada permanece constante.
Justo cuando crees que lo has visto todo, te enfrentas a algo nuevo.*

T.W. Dietz

Hasta aquí hemos visto la importancia de los niveles de respuesta ante una situación de emergencia. Prestemos ahora atención a lo siguiente: Más allá, por ejemplo, del estado biológico o anímico de la persona, es oportuno pensar que cada situación de salvamento, rescate o auxilio es única. Algunas tienen dinámicas, secuencias o características parecidas, aunque en general es difícil encontrar dos situaciones iguales.

*Las situaciones de emergencia tienen lugar
en un contexto específico.*

Los contextos van a influir en la forma en que la biografía de la persona (profesional o afectado) se va a manifestar en esas situaciones específicas. Los factores contextuales implican aspectos como lugares, personas, momentos del día o de la jornada laboral, fechas, tipo de situación, etc. que pueden influir dificultando o facilitando su afrontamiento; como recursos y/o elementos de protección o como barreras y/o elementos de riesgo.

- Juan ha tenido un accidente al salirse con su vehículo de la carretera en una vía comarcal. Era de madrugada y nadie fue testigo del accidente. Juan ha estado varias horas atrapado sin recibir ayuda hasta que al amanecer, con la primera luz del día, su coche ha sido visto desde la carretera por otro conductor que ha avisado a los servicios de emergencia.
- Araceli se ha reincorporado recientemente a su trabajo como enfermera en una UVI móvil tras el periodo de baja laboral por maternidad. Tienen que atender el atropello de una madre y de su bebé de meses, arrollados en un paso de peatones. Araceli siente que abordar la situación le resulta especialmente duro.

2.3. La persona y el contexto de la emergencia en interacción

El planteamiento de transacción o interacción recíproca entre la persona y el entorno en el que se comporta tiene las siguientes características³:

- Considera a la persona y el contexto como un sistema interdependiente.
- Entre las partes del sistema integral (persona – contexto) existe una relación recíproca continua. Así, más que relaciones causa-efecto lineales, hemos de hablar de transacciones.
- La actividad de cualquiera de las partes (antecedentes, biografía o consecuencias) influye en las otras.
- La unidad de análisis para influir por nuestra parte como emergencistas, no se remite únicamente ni a nuestra biografía o capacidad de respuesta en los diferentes niveles, ni a los elementos ambientales, sino a la interacción *persona-contexto* y, como veremos en el punto 2.7., a las contingencias que en esta interacción resultan significativas.

Como se puede deducir, la influencia funcional que como agentes de ayuda podemos establecer con las personas afectadas por la emergencia, pasa por trabajar en la interacción o transacción entre

nuestra biografía y el contexto específico. Pasa por ser capaces de discriminar la vivencia (manifestación biográfica) de la persona o la nuestra en esa situación o contexto específico.

*Es en la transacción en la que nuestra intervención
de emergencia cobra sentido.*

Si sólo atendemos a la persona sin tener en cuenta el contexto, o sólo atendemos al contexto o tipo de situación sin contemplar la vivencia integral de la persona, nuestra labor se puede ver significativamente limitada.

Además, conviene ser conscientes de que como emergencistas, ante una situación crítica, igual que las personas afectadas son variables contextuales para nosotros, también nosotros somos variables del contexto para ellas. En lo posible, seamos “variables contextuales” percibidas como recurso facilitador más que como barrera o dificultad.

Hemos señalado que las transacciones implican influencia recíproca entre persona y contexto. Como cabe deducir, reciprocidad no significa simetría en cuanto a la intensidad de la influencia de los componentes *biografía* o *contexto*. La influencia de cada dimensión varía de un episodio de interacción respecto a otro.

En ocasiones las condiciones ambientales obligan prácticamente a emitir una conducta determinada. Estas condiciones contextuales se convierten en determinantes principales.

Una persona amenaza con arrojar al vacío desde su balcón en un 4º piso. Repentinamente, entra en su domicilio para salir con diversos objetos que empieza a arrojar contra quienes observan desde la calle. Todos *corren a refugiarse y ponerse a cubierto*.

En otras ocasiones, las situaciones ambientales son poco relevantes frente a la influencia de los factores personales.

Una persona tiene *alucinaciones*. Siente que decenas de arañas y hormigas recorren su cuerpo. Comienza a quitarse la ropa, dándose manotazos y sale a la calle, desnuda, agitando la cabeza y sacudiéndose el pelo. La calle está llena de gente. Gente que la mira atónita y se aparta a su paso.

2.4. La historia: El pasado puede influir en la situación de emergencia actual

Continuando este análisis sobre las variables biográfico-contextuales que dan sentido a nuestras vivencias y las de las personas afectadas por la situación de emergencia, es necesario recordarnos que junto al momento presente que constituye la intervención de rescate, salvamento o auxilio, la persona lleva tras de sí una historia.

La historia de la persona puede influir significativamente en la vivencia de la situación de emergencia.

Habitualmente, las personas a las que asistimos van a ser seres anónimos y difícilmente vamos a poder apoyarnos en su historia personal –sus vivencias pasadas, experiencias, etc.– para hacer mejor nuestro trabajo –desde el punto de vista psicológico que nos ocupa–. Algunos profesionales indagan en la H^a como parte de la actuación protocolizada –p.e. indagar al atender una urgencia médica, sobre H^a de enfermedades–. De igual manera, a veces nos va a resultar oportuno durante el diálogo con la persona afectada, preguntar cuestiones acerca de experiencias pasadas y en cualquier caso, siempre escuchar sus referencias espontáneas.

En una playa, un equipo de salvamento acuático ha sacado del agua a un niño. Ha perdido el conocimiento tras golpearse la cabeza contra una roca mientras jugaba con las olas, pero sus constantes vitales son adecuadas. La madre, que ha percibido el suceso y la operación de salvamento, llora desesperada a la puerta del puesto de Socorro. Los socorristas la escuchan

referirse a la muerte reciente de su marido. La mujer se expresa como si diera por muerto también a su hijo. Tras dejar la atención del niño bajo la coordinación de la enfermera del puesto, uno de los socorristas decide centrar su labor en prestar Primeros Auxilios Psicológicos a la madre.

Por otra parte, lo que es aplicable a la persona afectada, también es aplicable a nosotros mismos. Nuestra historia pasada también influye en nuestras transacciones biográfico-contextuales presentes.

Tras el derrumbamiento de un edificio en el que Luis, bombero, participaba de las labores de desescombro en búsqueda de víctimas, dos compañeros suyos murieron sepultados. Parte de una estructura que no estaba bien asegurada cayó sobre ellos. Actualmente, en situaciones similares, Luis siente ansiedad y muestra mucho reparo en entrar a trabajar hasta no estar muy, muy seguro de las condiciones de seguridad en las que va a actuar. Aun así, siente que trabaja con un elevado nivel de ansiedad.

2.5. La transacción en acción (I): Influencia de las asociaciones en situaciones de emergencia

Una de las dinámicas clásicas más poderosas que nuestras transacciones establecen, son las asociaciones. Determinados eventos situacionales o lo que llamamos *estímulos* del contexto, provocan en nosotros reacciones biográficas muy similares. El comportamiento que emitimos ante ese estímulo es prácticamente calcado.

Un ruido intenso y repentino provocará una respuesta de orientación y alerta.

Sentir el calor de un objeto ardiendo al apoyar la mano, nos llevará a retirarla inmediatamente.

La percepción de un grave peligro vital, real e inminente, nos llevará a un estado biológico de sobreactivación asociada a la emoción de miedo o ansiedad que nos produce.

A estos estímulos (ruido, calor intenso, daño vital) en los que no media condición alguna –salvo la de ser seres humanos– para responder como lo hacemos, los llamamos **estímulos incondicionados**. Las respuestas biográficas que emitimos ante estímulos incondicionados son **respuestas incondicionadas**.

Por otra parte, hablamos de **estímulos neutros** para referirnos a aquellos que por sí mismos no son condición suficiente para generar nos reacciones concretas y comunes (respuestas incondicionadas). *P.e. la mayoría de nosotros no nos “emocionamos” o sobreactivamos ante el hecho de subir en ascensor, observar como un jardinero quema unas malas hierbas en un jardín o nos han de inyectar un medicamento.* Otras personas, sin embargo, sí pueden tener reacciones emocionales que nos hagan pensar que estos estímulos no los viven como *neutros*.

- Raquel se quedó atrapada en el ascensor como consecuencia de una avería. La sensación de verse incapacitada para salir la provocó un estado de ansiedad intenso. Hiperventiló hasta sentir que le faltaba el aire, notar que se mareaba y pensar que iba a morir asfixiada. Los bomberos la rescataron en estado de pánico. Actualmente, Raquel evita subir en ascensores por muy alta que sea la planta a la que se dirige.
- Alfonso fue testigo de cómo una hoguera en la que ardían malas hierbas se descontroló y propagó. Su familia y él tuvieron que huir de lo que se convirtió en un incendio en toda regla. Actualmente, cuando en la zona rural en la que vive observa a alguien quemando rastrojos sin, como él dice, poner toda la atención en vigilarlos, Alfonso se indigna y siente rabia. Ha tenido más de una discusión fuerte en este sentido y se ha ganado la enemistad de más de un vecino.
- Adrián, un niño de cinco años afectado por una fuerte reacción alérgica, recibió la visita domiciliaria urgente de un equipo de emergencia sanitaria tras la alarma de sus padres. El episodio se resolvió con una inyección que por cierto, a Adrián le resultó dolorosa. Semanas después, Adrián sufrió un leve golpe en la cadera al ser atropellado por una bicicleta. Sus padres llamaron

a los servicios de emergencia aunque Adrián, no parecía dolorido ni preocupado... hasta que vió llegar al equipo sanitario, uniformado de igual manera que aquellos que en su día le pusieron una inyección. Inmediatamente Adrián se abrazó a su madre y se puso a llorar asustado.

¿Por qué para Raquel, Alfonso y Adrián los estímulos de subir en ascensor, observar una quema de rastros o el personal sanitario y su uniforme han dejado de ser neutros?

La respuesta está en que los han *asociado* al proceso estímulo-reacción incondicionados –p.e. el encierro involuntario e inesperado en el ascensor y la ansiedad creciente, el riesgo vital ante la propagación del fuego o el pinchazo de la inyección–.

Estos estímulos antecedentes del contexto han cobrado ahora unos significados, unas funciones y unas condiciones que antes no tenían. Para Raquel, Alfonso y Adrián, lo que antes eran estímulos neutros, ahora son **estímulos condicionados**. Habiendo asociado estas condiciones neutras a un estado de ansiedad, dolor, etc., su presencia o aparición va a tender a provocarles estas mismas respuestas que no son comunes a todas las personas en esas situaciones. A estas respuestas las llamamos **respuestas condicionadas**. Han asociado la situación –antes neutra y ahora condicionada– al estímulo incondicionado y la mera presencia de la situación sin este tipo de estímulo –el ascensor no está averiado, la hoguera no está descontrolada y los sanitarios no llegan para “pinchar” a Adrián– es suficiente sin embargo para provocar la *respuesta* que pasa a ser *condicionada*.

2.5.1. Consideraciones sobre las transacciones por asociación:

- Nuestras transacciones cotidianas, más allá del campo específico de la emergencia, están plagadas de condicionamientos por asociación.
- No todas las asociaciones que hacemos nos provocan estados emocionales aversivos como los presentados en los ejemplos. Nuestras transacciones por asociación pueden ser enormemente agradables o aversivas; funcionales o disfuncionales.

- Para que un estímulo neutro pase a ser condicionado, tiene que haber una asociación con el estímulo incondicionado (fuente de calor, ruido, oscuridad, etc.) cercano en el tiempo.
- En las personas, la cercanía en el tiempo puede ser sustituida por una “experiencia indirecta” a través de la observación (ser testigo de la transacción en otras personas, tanto en vivo y en directo como p.ej. a través de imágenes televisadas) o por la representación imaginada (al pensarlo, leerlo o escucharlo y simultáneamente visualizarlo).
- Las asociaciones entre un estímulo neutro que pasa a ser condicionado y la reacción o respuesta condicionada de la persona, son susceptibles de *contracondicionamiento*.

En resumen, las transacciones entre la biografía y los estímulos o antecedentes, provocan todo un universo de condiciones y asociaciones.

No obstante, como veremos a continuación no son las únicas asociaciones que se pueden establecer.

2.6. La transacción en acción (II): Transacciones y consecuencias

El efecto que nuestras acciones dejan en el contexto es otra parte muy importante del ABC del comportamiento humano.

Nuestra biografía y en concreto nuestras acciones, condicionan, en algunos casos poderosamente, unas consecuencias sobre el contexto. De igual forma, estas consecuencias contextuales van a tener un efecto de *retroalimentación*, condicionando a su vez nuestra biografía.

Así, las consecuencias de nuestro comportamiento van a servir para reforzar o debilitar, para mantener o sustituir, dichos comportamientos en situaciones similares.

Veamos ahora de qué manera las consecuencias influyen en el comportamiento.

Las personas operamos básicamente, tratando de obtener gratificación o cumplir nuestros objetivos en nuestras transacciones y evitar consecuencias aversivas o que nos alejen de dichos objetivos.

Cuando nuestro comportamiento influye sobre el contexto provocando unas consecuencias que valoramos como útiles, positivas o gratificantes, decimos que este comportamiento queda **reforzado**. Esto significa que ante una situación antecedente similar, aumenta la probabilidad de que repitamos el mismo comportamiento.

P.e. Si en las situaciones de emergencia que abordamos, percibimos que las personas afectadas se orientan más y mejor hacia nosotros cuando nos dirigimos a ellas por su nombre, procuramos conocerlo y emplearlo en cuanto tenemos oportunidad.

Por otra parte, cuando percibimos que nuestras acciones tienen unas consecuencias que valoramos como aversivas, estas acciones quedan debilitadas –no son reforzadas–. Así, en el futuro disminuimos la frecuencia, intensidad o duración de estas acciones o directamente las sustituimos por otras.

P.e. Cuando damos consejos no pedidos a accidentados, como por ejemplo recordarles (como si no lo supieran) que no deben beber alcohol y conducir, y estas personas nos muestran hostilidad y nos dicen “que nos metamos en nuestros asuntos y nos limitemos a hacer nuestro trabajo, que para eso estamos ahí”, es posible que disminuyamos la frecuencia con que hacemos comentarios “educativos” en esos momentos.

2.7. Sobre la riqueza y complejidad de las transacciones: los campos de las contingencias

Ante el riesgo de pensar que los puntos referidos a las transacciones por asociación o en función de las consecuencias describen un funcionamiento mecanicista de nuestro comportamiento, cabe en este punto hacer una reflexión importante: en ocasiones, por ejemplo, observamos situaciones parecidas a otras en las que realizamos acciones que quedaron reforzadas. Así, considero útil volver a realizarlas... sin obtener en esta ocasión el mismo resultado positivo.

¿Qué ha ocurrido?

Ni más ni menos que nuestras transacciones no son tan parecidas, en algunos casos, como aparentemente percibimos.

Yo, como biografía, puedo percibir, sentirme o manifestar algo distinto a aquella ocasión, sin ser consciente de ello.

P.e. en una situación, al interactuar con un afectado, utilizo las mismas frases que en otra circunstancia muy similar, pero mi actitud no refleja el control, la seguridad o la convicción, por ejemplo, que se transmitía aquella vez.

También puede ocurrir –y de hecho suele ser lo habitual–, que un contexto no sea exactamente igual a otro y que precisamente estas diferencias, a veces pequeñas, sean las que marquen también la diferencia en el abordaje funcional a través de mis acciones y hagan necesario que éstas sean distintas.

A estas circunstancias que median entre los antecedentes, las respuestas de la biografía y las consecuencias, incluyendo también la H^a, las llamamos *contingencias*. Las contingencias incluyen una multiplicidad de variables y parámetros interdependientes y son determinantes para nuestro aprendizaje y ejercicio, tanto de comportamientos funcionales como disfuncionales.

Si pensamos que la intervención en emergencias supone en la mayoría de los casos trabajar ayudando a personas ¿qué mas justifica las líneas anteriores que decir que no hay dos situaciones ni dos personas (biografía e historia unidas) iguales?

Toda una serie de parámetros van a dar forma a la transacción en acción más allá de las asociaciones y las consecuencias positivas o aversivas. Entre estos podemos destacar⁴:

- La *fuerza* de la transacción. Entre las dimensiones que condicionan la fuerza podemos destacar algunos como:
 - La frecuencia.
 - La duración.
 - La latencia (periodo de demora de la respuesta desde que se presenta la condición estimular).
 - La magnitud.
- La *topografía*. La forma que cobra, por ejemplo, la conducta antecedente que emite un accidentado al interactuar con nosotros y/o la que cobra nuestra conducta al responder.

- El *escenario*. Está formado por los contextos geográficos, ecológicos y/o demográficos de la conducta. Algunas dimensiones del escenario corresponderían a:
 - El momento específico.
 - El lugar en que se producen (*geografía*), del contexto físico.
 - La disposición de espacios u objetos ligados directa o indirectamente a la interacción observada (*ecología*).
 - Las personas significativas o no significativas presentes donde ocurre la respuesta (*demografía*).

En nosotros queda en estos casos, asumir la capacidad de reconducir las transacciones para la relación de ayuda funcional. Así, es posible que empleemos en dicha relación acciones bien distintas para llegar a un fin similar al de otra situación de emergencia. Es decir, el protocolo no cambia pero sí lo hace en no pocos casos, la forma de llevarlo a cabo en cada nueva emergencia.

3. Consideraciones sobre las situaciones de emergencia y las personas afectadas

Las situaciones críticas, en el contexto que nos ocupa (urgencias, emergencias o desastres), pueden definirse como sucesos con un gran impacto emocional capaces de paralizar los recursos habituales de personas o grupos que en circunstancias normales se comportan de manera eficaz. Generalmente suceden de forma imprevista, causan gran impacto, algunas veces de carácter extremo por la sensación de amenaza objetiva o percibida, que se experimenta.

3.1. Las personas afectadas por la situación de emergencia

Al desarrollar labores de asistencia inmediata en emergencias o desastres, conviene tener presente que^{5,6}:

- Las personas afectadas son, en su gran mayoría, personas con un estado de salud mental normalizada. Los casos psicológico-psiquiátricos patológicos constituyen una minoría.

- Casi toda persona que está envuelta en un desastre, sufre un accidente o cualquier otro tipo de situación crítica, experimentará algún tipo de alteración emocional con diferente grado de ajuste funcional a la situación. Hay que tener en cuenta que nuestro organismo está preparado para responder ante la percepción de una amenaza o peligro. Diversas estructuras cerebrales (amígdala, corteza prefrontal, neocortex) se activan con mayor o menor fortuna y contribuyen e influyen sobre el resto de los niveles de respuesta de nuestra biografía, en el afrontamiento eficaz o ineficaz de la situación.
- Nadie elige estar alterado emocionalmente en una situación crítica.
- Las “lesiones” emocionales son tan reales y tan serias como las físicas.
- Las reacciones de estrés agudo (ver capítulo 2) ante situaciones de daño o pérdida han de ser consideradas inicialmente como reacciones “normales” en personas “normales” que han vivido o están viviendo una situación anómala, extraordinaria en sus biografías. Su consideración de “normales” no invalida que hagamos algo para contribuir a su alivio o afrontamiento.
- Todos tenemos un “punto de ruptura” a partir del cual entramos en crisis, es decir, en un estado de desestabilización, originado por la vivencia de la situación crítica, en la que nuestros recursos personales de afrontamiento se ven desbordados.
- Las personas tienen más recursos y resistencia psicológica de lo que aparentan.
- Las personas raramente se encuentran “destrozadas” por la situación crítica o desastre. Pese al estrés sufrido, las personas habitualmente se van a desenvolver con los mínimos necesarios. Las reacciones de estrés son esperables y en la mayoría de los casos, temporales.
- Las personas afectadas responden a la consideración y el interés de los agentes de ayuda. Mostrar interés y facilitar apoyo frente a las preocupaciones de las personas proporcionan a éstas un sentido de identidad y de afrontamiento normalizado.

- Las personas pueden rechazar la ayuda si ésta va acompañada de connotaciones de alteración de la salud mental, psicopatologías, trastornos, etc. Las batas blancas, las identificaciones como psicólogo o psiquiatra, las declaraciones en medios de comunicación referidas a síndromes (del superviviente, de estrés postraumático, etc.), pueden favorecer esta actitud de rechazo, frente a acercamientos que brinden apoyo humano, atención a afectados, etcétera.
- Las personas afectadas pueden mostrar emociones y actitudes ambivalentes. Los equipos de ayuda han de esperar que las personas muestren sentimientos opuestos (alegría por estar vivos y tristeza por aquellos que no han corrido la misma suerte) así como actitudes contrapuestas (no querer recibir ayuda, pero no saber como afrontar la situación). La comprensión, el respeto y la actitud de servicio pueden ayudar a ir colocando estos estados.
- Cada uno tiene derecho a sentirse como se siente. Este es el principio desde el cual comenzar a trabajar con sistemas de valores distintos o frente a actitudes de la persona afectada, objetivamente apartadas de la realidad (p.e. culpa por algo de lo que ni siquiera se es responsable).
- Las personas pueden rechazar la ayuda por razones de orgullo y dignidad. Ayudar a las personas tras situaciones de emergencia o desastre implica, salvo en situaciones de evidente riesgo, colocarse a su disposición y no “atornillar” una ayuda que no quieren o no están aún preparadas para recibir. Implica “hacer con” más que “hacer por” y tanto una como otra acción, sólo si su actitud muestra que lo desean o lo permiten.

3.2. ¿Por qué luchamos cuando hemos de huir? ¿Por qué huimos cuando hemos de luchar?

Recordemos, como hemos señalado antes, que en la mayoría de las ocasiones las personas se van a desenvolver en la situación de emergencia con los mínimos deseables para afrontar la situación. Las transacciones entre los antecedentes y la biografía de las per-

sonas, considerando los aspectos significativos de su historia para ese tipo de situaciones, les va a permitir llevar a cabo acciones –de supervivencia, de ayuda, etc.–, que aumenten la probabilidad de tener consecuencias funcionales en esa situación o contexto.

¿Qué influye en que las personas afrontemos funcional o disfuncionalmente una situación de emergencia? El capítulo siguiente, dedicado al tema de estrés y ansiedad en situaciones de emergencia, nos ayudará a entenderlo con detalle, aunque ahora introduciremos algunas consideraciones. Como apuntamos en párrafos anteriores, nuestro cerebro interviene de manera significativa, como aspecto importante que es, del componente biológico de nuestra biografía.

La amígdala es una estructura cerebral que interviene en la respuesta emocional inmediata, antes aún de hacer un análisis complejo de la situación, tomar conciencia de mi capacidad o valorar pros y contras de nuestra actuación, tareas de nivel cognitivo que se realizan en el neocortex. *P.e. En una piscina, una madre, que al igual que su pequeña hija, no sabe nadar; al ver que ésta en un descuido ha caído al agua en una zona profunda, se lanza a por ella en vez de pedir ayuda al servicio de socorrismo, situado a pocos metros.*

En situaciones de este tipo, en las que la “razón” parece no hacer su aparición para afrontar el problema, los expertos hablan de “secuestro amigdalár”⁷. El afrontamiento se realiza a un nivel “primitivo” y como en el ejemplo anterior, no siempre funcional.

Podemos encontrar ejemplos antagónicos, de personas atrapadas en incendios, situadas en cornisas y sujetándose con las manos literalmente abrasadas, pero no cejando en el empeño de mantenerse sujetas y dar muestras de atender y seguir las instrucciones de los bomberos, en los que deducimos que las funciones del neocortex podrían estar tomando las riendas de la situación. Y otros casos, como en los tristemente célebres casos de las Torres Gemelas, de personas arrojándose al vacío ante la hipotética conclusión de inevitabilidad de una muerte peor a merced de las llamas o la asfixia.

¿Pero qué ocurre cuando los agentes de ayuda nos situamos junto a una persona que parece tener “las riendas” de sus actos? Es decir, cuando no parece ser presa de un secuestro amigdalár y sin embargo,

su comportamiento está lejos de lo que, como expertos, consideraríamos lo más adecuado o funcional en esas circunstancias.

3.3. Los problemas de las soluciones

*Si te das cuenta de que estás montando un caballo muerto,
lo mejor que puedes hacer es desmontar.*

Proverbio dakota

Adelantándonos a lo que veremos en capítulos posteriores, diremos que las personas afectadas, reaccionan como lo hacen, en todos los casos, en un intento de afrontar la situación en que se encuentran inmersas. Esto es aplicable para comportamientos que pueden ir desde los aparentemente más altruistas hasta los más autodestructivos. No obstante, es posible que estemos todos de acuerdo en que no parece lo más funcional lanzarse al agua a salvar a alguien sin saber siquiera nadar, o que alguien quiera quitarse la vida porque su pareja le ha sido infiel.

En numerosas ocasiones, el afrontamiento de situaciones difíciles no sólo no se resuelve sino que empeora al intentar una solución que aparentemente parece ser tal, pero resulta fallida y no se cambia en su base lógica, sino que lo que se hace es insistir e intensificar los esfuerzos *en la misma solución*^{8,9}.

Ante una dificultad, las personas afectadas por situaciones de emergencia tratan de una forma u otra, con más o menos conciencia, en el “durante” y/o en el “después”, de hacer frente a la situación-problema. Entender esto, es importante. Normalizarlo y resignificarlo como reacción lógica y un intento inicial de enfrentar la dificultad, es incluso útil y funcional para muchas personas afectadas, que, dándose permiso para tener determinados pensamientos o emociones, rompen el círculo vicioso de “*cuanto más quiero evitar pensarlo o sentirlo, más me cuesta y peor me encuentro*”. Pero por encima de todo, reconocer que “hacer más de lo mismo” puede perjudicar y empeorar la situación más que ayudar, puede ser clave en los procesos de afrontamiento¹⁰.

Es con las mejores intenciones que se producen los peores efectos.

Oscar Wilde

Semanas después de un accidente de tráfico, originado por un despiste, Gabriel intenta evitar las situaciones en las que ha de conducir. Se plantea alternativas de transporte, en ocasiones difíciles, costosas e incluso rocambolescas con tal de evitar conducir.

Cada episodio en que “debería” haber conducido y lo ha evitado, confirma la peligrosidad de la situación e invita a una nueva fuga, llegando con el tiempo a una “inutilidad” para sentarse al volante.

Añadido a lo anterior, sus allegados se prestan a acompañarle y conducir por él o a facilitarle alternativas similares. Esto tiene el efecto de confirmarle su inutilidad y que él solo no habría podido enfrentarse a la situación, con las consiguientes emociones asociadas a percibirse y a pensar que le perciben así.

En numerosas ocasiones, tenemos dificultades en cambiar los puntos de vista o dudar de nuestras atribuciones, esquemas y acciones consiguientes, aun cuando éstos no nos ayudan en una situación.

Un ejemplo dramático es el de victimización que encontramos en personas que, tras haber vivido situaciones críticas, al cabo de muchos meses están como Gabriel, afectadas y mantienen unos patrones de conducta que “cronifican” e incluso empeoran su estado.

3.4. Hay intentos e intentos

En la literatura encontramos el siguiente ejemplo:

Un hombre ebrio buscaba a gatas algo, a la luz de una farola. Un policía supo al preguntarle que buscaba las llaves de su casa y colaboró en la búsqueda. Al cabo de unos minutos infructuosos el policía le preguntó —¿Cuál es el último lugar en el que recuerda haber tenido sus llaves? —Se me cayeron al otro lado de la calle —respondió el hombre. —¡¿Qué?! —exclamó atónito el policía. —Entonces ¿por qué las estamos buscando aquí? A lo que le respondió el hombre —¡Pues porque allí no hay luz!

¿Cuáles son algunos de los más significativos intentos de solución que los afectados (y los emergencistas) ponemos en práctica y no nos ayudan?¹¹:

3.4.1. *Negar un problema que en realidad lo es*

Es preciso actuar pero no se emprende tal acción.

Julián pertenece al equipo de Protección Civil desplazado a un país asiático para colaborar en tareas de rescate y recuperación de cadáveres tras un terremoto. Volvió a casa hace dos meses, tras tres semanas de operaciones de búsqueda y recuperación de víctimas. En la actualidad continua teniendo pesadillas relacionadas con el terremoto, flashbacks acerca de cadáveres recuperados y un estado continuo de tensión y fatiga que no tenía antes de su marcha. Evita hablar de cómo se encuentra pese a que su pareja le manifiesta que le nota raro. En estas conversaciones, habitualmente, acaban discutiendo y enfadándose.

3.4.2. *Emprender una acción cuando no se debería emprender*

Se intenta un cambio para eliminar una dificultad que desde el punto de vista práctico es inmodificable.

Un incendio forestal avanza con una línea de decenas de metros. Un grupo de habitantes de un pueblo relativamente cercano, desoye las órdenes de evacuación emitidas por los servicios de emergencia. Se empeñan en disponer mangueras con las que habitualmente riegan sus jardines y cavar zanjas “cortafuegos” con sus azadas de jardinería. El fuego avanza imparable.

3.4.3. *Emprender acciones a un nivel equivocado*

A) *Intentar forzar algo que sólo puede ocurrir de manera espontánea.*

Hay toda una serie de procesos en los que el “control voluntario” es bastante cuestionable y confundimos acciones facilitadoras, con poder conseguirlo “ipso facto”.

Fidel está atrapado en su vehículo. Observa a su cónyuge, quien yace inconsciente, fuera del coche, atendida por los servicios sanitarios. Fidel llora y grita el nombre de su esposa. A su lado, un bienintencionado técnico sanitario le repite que se calme y *no se ponga nervioso*; que se *tranquilece* y *no se preocupe*.

B) Intentar dominar un acontecimiento temido evitándolo mediante un supuesto aplazamiento.

Como vimos en un ejemplo anterior, evitar una situación no facilita experimentar el éxito en el afrontamiento y así, en vez de disminuir el temor, éste se va afianzando o incluso incrementándose, con un dominio que en realidad es ilusorio.

José Carlos, bombero, tuvo un “susto” hace unos meses durante una intervención en altura. Resbaló y quedó colgado en el vacío sujeto a la “línea de vida” de su equipo. Desde entonces, tiene sensación de vértigo. En las sucesivas intervenciones sus compañeros le han facilitado quedarse en “tierra firme” desarrollando otros cometidos. Hoy, todos los bomberos de la dotación de José Carlos han de participar en un rescate en altura. Mientras desde la azotea del edificio se va preparando el cordaje, José Carlos nota como sus manos tiemblan y su pulso y respiración se alteran. Oye, con sensación de lejanía, como si el momento presente no fuera tal sino más bien un sueño, las instrucciones que el mando está dictando.

C) Intentar llegar a un acuerdo mediante una oposición

Tratar de conseguir que alguien resulte persuadido por el mero hecho de informarle o incluso exigirle que siga nuestro punto de vista (contrario al suyo).

El equipo de salvamento acuático de una playa ha colocado la bandera roja de “baño no permitido”. Un grupo de jóvenes comienzan a adentrarse en el agua pese al aviso de prohibición que los profesionales les hacen. Ante su actitud de “pasotismo”, los socorristas les intentan cortar el paso al agua. Los jóvenes responden con actitud desafiante con comentarios como “si sois valientes, tratad de impedirnoslo y veréis”; “cómo nos toquéis un pelo para impedirnos entrar, preparaos”.

D) Intentar conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.

Este intento de solución pasa por querer que las personas acepten de buen grado nuestros puntos de vista y aún más, que los consideren buenos, por iniciativa propia.

Un equipo de atención médica se ha desplazado en UVI móvil a un domicilio tras la solicitud de asistencia a una mujer, repentinamente enferma. Tras la valoración de su estado, la médico diagnostica que se trata de un problema gastrointestinal, doloroso, pero leve y pasajero. Los familiares insisten en que sea trasladada para atención hospitalaria pese a los esfuerzos contrarios de la médico. Ésta se muestra irritada ante la falta de colaboración de los familiares y de aceptación de su buen juicio clínico.

Intentos de solución que mantienen los problemas

- Negar un problema que en realidad lo es.
- Empezar una acción cuando no se debería empezar.
- Empezar acciones a nivel equivocado.
 - Intentar forzar algo que sólo puede ocurrir de manera espontánea.
 - Intentar dominar un acontecimiento temido evitándolo mediante un supuesto aplazamiento.
 - Intentar llegar a un acuerdo mediante una oposición.
 - Intentar conseguir sumisión mediante un acto de libre aceptación.

A lo largo del capítulo hemos comprobado cómo el comportamiento humano en emergencias forma parte de todo un entramado. Este está formado por la biografía y la historia de los actores implicados (emergencistas, afectados, etc.), el contexto y los parámetros significativos de la contingencia – la transacción en acción–.

Comportarse en una situación de emergencia implica actuar, –siendo la persona directamente afectada o el agente de ayuda–, para afrontar la situación desde la realidad percibida. Un afrontamiento que en ocasiones será funcional y en otras, no tanto.

En estos últimos casos, nuestro comportamiento como emergencistas ha de encaminarse a reconducir las transacciones –con las personas afectadas, con compañeros-as de equipo, etc.– hacia el logro de objetivos funcionales, empleando acciones distintas¹² y evitando el “mas de lo mismo” que crea, mantiene o intensifica el afrontamiento disfuncional.

Recuerda

- El comportamiento humano en emergencias implica la puesta en escena del ABC (antecedentes – biografía – consecuencias) de las personas implicadas.
- Considerar también la Historia de las personas implicadas, así como los recursos, barreras, factores de protección y de riesgo, tanto personales como contextuales, es determinante para entender la situación.
- Son las transacciones entre todos los elementos anteriores, en acción, las que explican y establecen la funcionalidad o disfuncionalidad en el afrontamiento de la emergencia.
- Las transacciones se realizan desde la realidad percibida por cada persona implicada.
- Los intentos de solución que resultan, merecen ser continuados, alentados y reforzados.
- Los intentos de solución que no sólo no funcionan, sino que crean, mantienen o exacerban el afrontamiento disfuncional de la situación de emergencia, han de ser modificados evitando el “más de lo mismo”.

Para complementar

Libros

- Costa, M. y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.
- Pérez Álvarez, M. (2003). *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*. Madrid: Universitas
- Ribes, E. (2002). *Psicología del aprendizaje*. México: El Manual Moderno.
- Rubin, B. y Bloch, E.L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
- Watzlawick, P. Weakland, J.H. y Fisch, R. (1976). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Herder.

Audiovisual

- García Fernández-Abascal, E.; Martínez, F. (2007). *¿Lloramos porque estamos tristes o estamos tristes porque lloramos?* Madrid: UNED.

Referencias bibliográficas

1. Costa, M. y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Ed. Pirámide. Madrid.
2. Costa, M. y López, E. (2003). *Consejo psicológico*. Ed. Síntesis. Madrid.
3. Rodríguez Goñi, J. (1995). *Introducción a la terapia cognitivo-conductual-interactiva*. Cuadernos INPA Investigación y Psicología Aplicada. Nº 1. Ed. INPA. Madrid.
4. Montgomery, W. (2003). "Unidades y leyes en el análisis del comportamiento: una revisión sintética". *Revista de Psicología de la UNMSM*, VI(2), pp. 83-97.
5. Martín Beristain, C. (2004). *Reconstruir el tejido social*. Ed. Icaria. Barcelona.

6. Parada, E. (2004). *Primeros auxilios psicológicos. Habilidades de relación de ayuda a víctimas y afectados*. Inédito.
7. Goleman, *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.
8. O'Hanlon, B. (2003). *Pequeños grandes cambios*. Barcelona: Paidós. Barcelona
9. Nardone, G. (2004). *Psicosoluciones*. Barcelona: Ed. Herder.
10. Watzlawick, P. Weakland, J.H. y Fisch, R. (1976). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Barcelona: Ed. Herder.
11. Fisch, R.; Weakland, J.H. y Segal, L. (1984). *La táctica del cambio*. Barcelona: Ed. Herder.
12. Everstine, D. y Everstine, L. (1992). *Personas en crisis*: México D.F.: Ed. Pax México.

2

Estrés y ansiedad en salvamentos, rescates y auxilios

Javier Martín Oterino
Enrique Parada Torres

1. Introducción

Muchas veces ansiedad y estrés se usan como sinónimos, entendiendo en ambos casos un mismo tipo de reacción emocional, y aunque ciertamente existen solapamientos, tanto la investigación como la práctica profesional, los diferencian.

Mientras que la ansiedad va a ser *una emoción*, el estrés es *un proceso adaptativo* que genera emociones pero, en sí mismo, no es una emoción. La ansiedad se desencadena ante situaciones muy específicas, mientras que el estrés se desencadena ante cualquier cambio que modifique las rutinas cotidianas^{1,2}.

Nadie está exento de padecer estrés y/o ansiedad, de hecho, a diario, nos enfrentamos a situaciones generadoras de estos fenómenos que nos obligan a reaccionar y a poner en práctica nuestras habilidades y recursos para hacerlas frente.

El estrés es un proceso en el cual el individuo se enfrenta a las demandas de una situación importante para él. Este proceso, puede desencadenar una reacción de ansiedad, ahora bien, también puede desencadenar otras reacciones emocionales distintas de la ansiedad, por ejemplo: alegría, satisfacción, enfado, tristeza, etcétera.

La ansiedad es una respuesta normal de nuestro organismo ante situaciones que generan estrés, estas situaciones pueden ser cualquiera que provoque una emoción, tanto positiva como negativa (desde promocionar y ascender en el trabajo, hasta sufrir la pérdida de éste...).

El estrés está más asociado con cansancio y agotamiento que la ansiedad. Una persona puede estar agotada por exceso de trabajo, o por algunas otras situaciones, sin que el individuo manifieste un estado especial de nerviosismo o ansiedad. Por otro lado, las situaciones estresantes incluyen diferentes tipos de situaciones relevantes para el individuo (amenaza, peligro, daño, pérdida, etc.), mientras que las situaciones ansiógenas son siempre situaciones de tipo amenazante, al menos tal y como las percibe, vivencia o siente el individuo.

1.1. Objetivos del capítulo

El problema de la ambigüedad terminológica, ha hecho que en muchas ocasiones, se hayan utilizado diferentes términos para explicar como nos sentimos ante situaciones difíciles o complejas de afrontar, tales como: angustia, temor, amenaza, ansiedad, tensión, estrés, estar nervioso, miedo, etcétera.

Centrándonos en el título del presente capítulo y sin quitar relevancia y trascendencia al resto de los otros términos, vamos a prestar atención a dos de ellos, el estrés y la ansiedad, siendo los objetivos que nos planteamos, los siguientes:

- Saber algo más sobre los fenómenos del estrés y la ansiedad en contextos de emergencia.
- Conocer las causas y los factores fisiológicos y psicológicos relacionados con el estrés y la ansiedad.
- Reconocer cuales son las fuentes principales del estrés.
- Saber identificar las diversas manifestaciones asociadas al estrés y/o ansiedad.
- Conocer sus consecuencias a corto, medio y largo plazo.

Todo lo anterior, para poder, en siguientes capítulos, aprender a normalizar, prevenir y afrontar la vivencia aversiva del estrés y la ansiedad.

2. Definición conceptual

2.1. ¿Qué es el estrés?

El término estrés proviene del campo de la física haciendo referencia a las fuerzas externas que aplicadas a una estructura física producen diferentes grados de *tensión* en la misma. En 1926, el concepto de estrés es introducido en las ciencias de la salud de la mano de Hans Selye^{3,4}, definiéndolo como: *la suma de cambios inespecíficos del organismo en respuesta a un estímulo o situación estimular.*

En este sentido, el término estrés, no hace referencia al estímulo sino a la respuesta del organismo a éste. Al conjunto de estas manifestaciones corporales en respuesta a una situación de estrés ambiental lo llamó *Síndrome de Adaptación General*. El organismo ante cualquier demanda o agresión, bien física o bien psicológica, y que supone una amenaza para su equilibrio, emite una respuesta con el fin de intentar adaptarse. Dicha respuesta se desarrolla en tres fases:

1) Fase de alarma: ante la percepción de una posible amenaza o estresor, el organismo sufre una serie de cambios tanto fisiológicos como psicológicos encaminados a prepararle para la acción de afrontamiento (*Coping*) de dicha situación amenazante. Dichos cambios incluyen un aumento de la frecuencia cardíaca, la tasa respiratoria, se dilatan las pupilas, se produce una redistribución sanguínea, aumentan las defensas y se aceleran los procesos de coagulación, etc., dichos síntomas vienen determinados por una serie de factores, tales como: factores de la persona, el grado de amenaza percibido, el grado de control sobre el estímulo, la intensidad del estresor u otros estímulos ambientales que pueden agravar la percepción de riesgo.



2) Fase de resistencia: es la fase de adaptación a la situación estresante. El organismo intenta adaptarse o afrontar la amenaza de forma progresiva mediante un conjunto de procesos cognitivos, fisiológicos, motores y emocionales. Si el agente estresor se mantiene en el tiempo, empiezan a disminuir las capacidades de repuesta del organismo debido a la fatiga, hay una menor resistencia general, una disminución del rendimiento y empiezan a emerger trastornos fisiológicos, psicológicos y/o psicosomáticos.

3) Fase de agotamiento: cuando la amenaza se repite con frecuencia o es de larga duración y los mecanismos de adaptación no son eficientes, se produce un deterioro con pérdida importante de las capacidades fisiológicas que tienden a cronificar o hacer irreversibles los trastornos aparecidos.

En función de la anterior, podemos definir el estrés, según Selye como la *respuesta del organismo a un estado de tensión excesiva y permanente que se prolonga más allá de los propios recursos del individuo*, es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en la que el fracaso, ante esta demanda, posee importantes consecuencias (percibidas)⁵.

En contraste con esta definición donde se enfatizan los factores fisiológicos principalmente, están las que basan el estrés en la interacción entre la persona y la situación, enfatizando los factores psicológicos (cognitivos) y su proceso de evaluación, de tal forma que el estrés *es la consecuencia del desequilibrio que se da entre las demandas del ambiente y los recursos que tiene el sujeto para satisfacerlas*⁶. Para que aparezca el estrés hay que tener en cuenta dos cuestiones, la evaluación de la situación y el afrontamiento que el individuo hace de ella:

- La evaluación, es el proceso por el que el individuo valora las situaciones dependiendo de sus habilidades y las experiencias sobre el acontecimiento y todo ello relacionado con el bienestar personal del sujeto. Existen tres tipos de evaluación:

- 1) Primaria: se centra en las demandas de la situación y consiste en analizar si el hecho es positivo o no, si es relevante y sus consecuencias. El resultado de esta evaluación será determinante para que el suceso sea considerado bueno o malo, relevante o irrelevante, amenazante o no, controlable o cambiante, etc.
 - 2) Secundaria: tiene como objeto el análisis y la valoración de la capacidad del propio sujeto para afrontar el suceso que acaba de evaluar. La valoración de los recursos personales determina en gran medida que el individuo se sienta asustado, desafiado u optimista, en ella, juegan un papel esencial los pensamientos anticipatorios. La historia previa de afrontamiento frente a situaciones similares y el resultado exitoso o no de la ejecución de cualquiera de las estrategias utilizadas determinan el resultado. Los resultados de esta evaluación modifican la evaluación inicial y predisponen al desarrollo de estrategias de afrontamiento.
 - 3) Terciaria (afrontamiento): es el afrontamiento o estrategia de Coping propiamente dichos, esto es, la acción y ejecución de una estrategia previamente elaborada.
- El afrontamiento, son los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales (motores) que tiene que realizar una persona para enfrentarse a los acontecimientos externos e internos de forma continua. Se entiende el afrontamiento en función de lo que la persona piensa o hace y no en términos de su eficacia o resultados. Básicamente son en dos direcciones:
 - 1) Estrategias orientadas al *problema*, es decir, comportamientos o actos cognitivos dirigidos a gestionar la fuente de estrés o a incrementar los recursos para hacer frente al problema.
 - 2) Estrategias orientadas a la *regulación emocional*, es decir, orientadas a provocar un cambio en cómo es percibida y vivida la situación de estrés, regulando de manera más efectiva las reacciones emocionales negativas. Se empleará este segundo tipo de estrategia cuando se experimente que el estresor es algo perdurable o inmodificable.

CONCEPTO	DEFINICIÓN
Evaluación primaria	Evaluación del significado del estresor o del suceso estresante
Evaluación secundaria	Evaluación de la controlabilidad del estresor y de los recursos de la persona
Esfuerzos de afrontamiento	Estrategias utilizadas para mediar entre las evaluaciones primaria y secundaria
Manejo del problema	Estrategias dirigidas a cambiar una situación estresante
Regulación emocional	Estrategias dirigidas a cambiar la manera como se piensa o siente la situación estresante
Afrontamiento basado en	Procesos de afrontamiento que inducen emociones positivas, las cuales a su vez sostienen el proceso de afrontamiento al permitir el replanteamiento del afrontamiento basado en problemas o emociones
Resultados del afrontamiento	Bienestar emocional, estatus funcional, comportamientos saludables
Estilos disposicionales de afrontamiento	Formas generalizadas de comportamiento que pueden afectar una reacción emocional o funcional de la persona hacia el estresor, relativamente estables a lo largo del tiempo y de las situaciones
Optimismo	Tendencia a tener expectativas positivas como resultado
Solicitud de información	Estilos atencionales que son activos versus aquellos que implican la evitación

Tabla basada en Glanz et. al⁷.

En conclusión, el estrés es la respuesta que engloba aspectos cognitivos (sentimientos, pensamientos, expectativas y atribuciones), afectivos, fisiológicos (alto grado de activación del Sistema Nervioso Autónomo) y motores (comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos).

*La verdadera clave del estrés no es tanto qué nos ocurre
sino cómo vivimos lo que nos ocurre.*

Cada uno de nosotros podemos manifestar ante una situación amenazante, unas respuestas de estrés diferentes. Estas manifestaciones además, pueden ser también más o menos intensas o evidentes en cada uno de los niveles de respuesta de nuestra biografía.

2.2. ¿Qué es la ansiedad?

La ansiedad se podría conceptualizar como una reacción emocional producida por la percepción de señales de peligro o amenaza –reales o imaginadas– desencadenadas tanto por estímulos ambientales como situacionales o disposicionales que podrían favorecer la aparición de la misma, es decir, *es un mecanismo de alarma* y es necesaria para nuestra supervivencia, de hecho, sin ella, no podríamos sobrevivir.

Es la manera que tiene el organismo de advertirnos de un *posible peligro potencial*, que no tiene por qué ser físico (cruzar la calle sin mirar), sino que puede ser un peligro económico (fuerte desembolso económico imprevisto), social (perder un amigo por una “tontería”), personal (ser criticado), laboral (reducción de plantilla y pérdida de empleo), etcétera.

*La ansiedad es la anticipación de una potencial
consecuencia negativa.*

En estas situaciones, nuestro cuerpo va a reaccionar de múltiples formas, e inicialmente, son reacciones normales que tenemos todos, ya que, la ansiedad, como cualquier otra emoción, tiene una utilidad adaptativa porque nos ayuda a prepararnos para enfrentarnos a dicho peligro, bien mediante la huida/escape, la defensa o el ataque.

A diferencia del estrés, que aparece cuando hay unas demandas ambientales excesivas, y nuestro organismo no da abasto para afrontarlas, la ansiedad se produce cuando anticipamos la amenaza, pensamos lo que va a suceder y tratamos de prepararnos para hacerla frente.

Cuando estas situaciones de tensión, nerviosismo y ahogo se mantienen durante mucho tiempo, esta emoción se desborda y se automatiza, aumentan la intensidad, la frecuencia y la duración de sus síntomas y provocan una sobrecarga de nuestro organismo (la activación sostenida de nuestro cuerpo puede agotarlo y además genera una mayor dificultad para resolver los problemas de forma

lógica) y es en ese momento, cuando podemos encontrarnos ante complicaciones severas de salud.

La forma en que la ansiedad, como emoción se manifiesta, se refleja en las otras respuestas biográficas de la persona afectada, principalmente:

1. Reacciones/manifestaciones *cognitivas*: Se refieren a pensamientos, ideas o imágenes de carácter subjetivo, así como a su influencia sobre las funciones mentales superiores (atención, pensamiento y memoria): dificultad para concentrarse, para tomar decisiones, para pensar con claridad, sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente, desorientación, confusión, preocupación, inseguridad, aprensión, hipervigilancia, pensamientos negativos (recurrentes): de inferioridad, incapacidad, anticipación de peligro o amenaza.
2. Reacciones/manifestaciones *fisiológicas*: Son consecuencia de la actividad de los diferentes sistemas orgánicos del cuerpo humano: síntomas cardiovasculares: palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial elevada, accesos de calor...; síntomas respiratorios: sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica; síntomas gastrointestinales: vómitos, náuseas, diarrea, aerofagia, molestias digestivas; síntomas genitourinarios: micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia; síntomas neuromusculares: tensión muscular, temblores, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva; síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, sudoración excesiva, mareo y lipotimia.
3. Reacciones/manifestaciones *motoras*: Hiperactividad, inquietud/paralización motora, movimientos repetitivos, torpes y/o desorganizados, dificultades para la comunicación (tartamudeo) y otras dificultades de expresión verbal, tics, conductas de evitación y/o retraimiento, consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco, etc.), llanto, tensión en la expresión facial, precipitación o titubeo en las acciones, etc.

En resumen, la ansiedad es una respuesta emocional que se traduce en aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos⁸.

La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto (respuestas anticipatorias), tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo, como peligrosos o amenazantes.

La ansiedad y el estrés tienen en común la excesiva activación que se da a nivel fisiológico, cognitivo y motor.

2.3. El Arousal

Es evidente que todos necesitamos un cierto grado de “tensión” cuando tenemos que afrontar una situación determinada. Este nivel de “tensión” es diferente según la tarea y el individuo.

El arousal se refiere al nivel de activación psíquica, fisiológica y motora necesaria para afrontar una situación, aumenta de igual forma cuando realizamos una actividad agradable como cuando estamos inmersos en una situación amenazante.

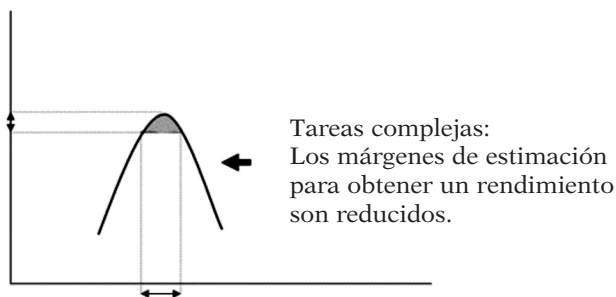
El arousal, por sí mismo, no es ni positivo ni negativo.

Así pues, el arousal o nivel de activación puede definirse como la intensidad de la conducta⁹, es la función que da la energía necesaria al organismo¹⁰ para un rendimiento adecuado y que oscila desde el sueño hasta una elevada excitación¹¹.

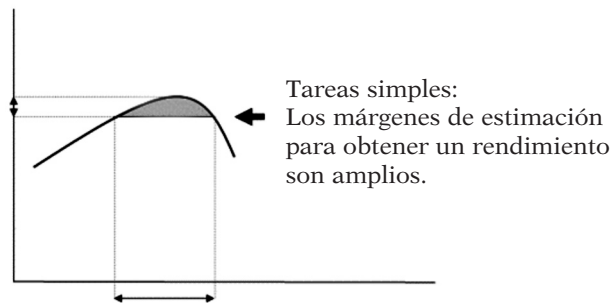
La relación entre el nivel de activación y rendimiento se ha explicado a través de la llamada Ley de Yerkes-Dodson¹².

Según esta ley, la relación entre activación y rendimiento toma la forma de una U invertida. Para cada tipo de tarea se define un grado óptimo de activación en el cual el rendimiento para esa tarea es máximo.

Por encima y por debajo de ese nivel óptimo, el rendimiento decrecerá tanto más cuanto más lejos se encuentre el nivel actual de activación del óptimo para la tarea. Consecuentemente, cada tarea exige un determinado nivel de estimulación ambiental para conseguir un arousal adecuado.



Nivel de estimulación ambiental



Nivel de estimulación ambiental

Aumentos o disminuciones de la estimulación ambiental afectarán al rendimiento.

El margen en la variación de la estimulación ambiental para mantener niveles máximos de rendimiento variará en función del grado de complejidad de la tarea: será más amplio para tareas simples, y más reducido para tareas complejas.

En resumen, la mejora del rendimiento aumenta con un nivel de activación adecuado hasta un punto óptimo y, más allá de éste punto, si la activación sigue aumentando empeorará dicho rendimiento.

3. Fuentes de estrés

Las cosas que nos ocurren no son las que nos perturban,
sino la opinión que tenemos de ellas
(*Epícteto*)

Un estresor es aquel factor que puede producir estrés, y decimos “*puede*” porque dicho acontecimiento solo lo será si el individuo lo percibe como tal, es decir, la especificidad del acontecimiento, el contexto en el que se produce, la disposición personal del sujeto en ese momento, etc. son elementos que pueden hacer que dicho factor sea estresor para unas personas y para otras no, incluso que en un determinado momento, lo sea para la persona y en otro momento, no.

3.1. Características de los estresores

Un estado de estrés puede durar un tiempo indeterminado o ser finito, dependiendo del agente causal, no obstante, se pueden señalar algunas características que comúnmente se suelen presentar y que contribuirán a hacer “estresante” una situación¹³:

- El *cambio* de la situación habitual.
Supone la aparición de nuevas demandas a las que el individuo se tiene que adaptar. Por Ej.: un accidente o una situación de ahogamiento.
- La *incertidumbre*.
Hace referencia a la probabilidad de que un acontecimiento ocurra, con independencia de que se pueda predecir o no. Si no tenemos información alguna acerca de qué se nos demanda o qué sucederá aumentará el estrés. Por Ej.: se comunica a los bomberos del aeropuerto que un avión “viene con problemas”...
- La *predecibilidad*.
La posibilidad de anticipar o predecir lo que puede ocurrir. Cuanto menos predecible sea una situación mayor grado de estrés originará. Por Ej.: un cambio brusco de la orientación del viento en un incendio forestal, que lo dirige hacia un camping.

- *La ambigüedad.*

Si la información para evaluar una situación no es clara, específica o concreta, admite interpretación. Lo mismo ocurre si la información es escasa o deficitaria. A mayor ambigüedad de la situación, corresponde más estrés. Por Ej.: una enfermera que está haciendo una cura de emergencia y salta la alarma de incendios.

- *La inminencia.*

Es el intervalo de tiempo que transcurre desde que se predice un acontecimiento hasta que realmente ocurre. Cuanto más inminente sea un acontecimiento más intensamente es valorado como estresante. Por Ej.: el comandante de una patrullera del SAR que tiene que evacuar una zona de playa por aviso de una “galerna” inminente en 10 minutos.

- *La duración.*

Cuanto más duradera es ésta, mayores serán las consecuencias negativas para la persona. Por Ej.: el derrumbamiento de un edificio, sabiendo los servicios de rescate que hay gente atrapada dentro.

- *La intensidad.*

A mayor severidad o intensidad del estímulo estresor, mayor será la respuesta de estrés. Por Ej.: un atentado terrorista con múltiples víctimas.

3.2. Factores causales del estrés

Los factores que pueden generar estrés son múltiples y variados, simplificando dichas situaciones tendríamos las siguientes:

- *Factores medioambientales.*

Unas condiciones deficitarias (por exceso o defecto) como el ruido, la iluminación, la temperatura, etc., van mermando las condiciones psicofísicas del personal de salvamento.

- *Factores súbitos e inesperados.*

La aparición de cambios importantes en el desempeño del trabajo, exigen al sujeto un esfuerzo de adaptación intenso, que conlleva respuestas de estrés. Por Ej.: la aparición de un nuevo foco en un incendio forestal, una nueva llamada de asistencia a una UVI móvil cuando

se dirigía a la base, el estallido de una conducción de gas en un incendio, dos extracciones consecutivas de personas ahogadas, etc.

- *Factores acumulativos.*

En el estrés diario del desarrollo del ejercicio profesional, son todas aquellas situaciones que se repiten con frecuencia o duran demasiado. Por Ej.: falsas alarmas, tener que llamar la atención continuamente a los usuarios, el llegar lo antes posible al hospital buscando la ruta menos atascada por el tráfico, no poder ir al servicio por falta de compañeros en quien delegar la vigilancia, repetir las mismas indicaciones, una y otra vez, el médico de asistencia telefónica, ante situaciones leves o menores de enfermedad (catarros, colitis, fiebre...), etcétera.

- *Factores organizacionales.*

Jornadas de trabajo excesivas, relaciones con los compañeros deficitarias, imposibilidad de cambios de destino, promoción o desarrollo profesional, conflictos de rol, carga excesiva de trabajo, variabilidad en los turnos, etcétera.

- *Factores personales.*

Se asocian no sólo las valoraciones que el personal de rescate hace de sí mismo, su actuación o de cómo han de ser las cosas, sino, que además se juntan con aquellas “situaciones de vida” más o menos deficitarias, preocupantes o problemáticas que el individuo tiene y que pueden acelerar la vulnerabilidad a padecer estrés (hijos con problemas, enfermedad terminal de un familiar, ausencia de apoyos sociales, etcétera).

4. Afectación del estrés ante la situación de emergencia

La mayor parte de las situaciones de emergencia son vividas con un elevado estrés por parte de las personas afectadas (heridos, familiares, testigos, etc.). En algunos casos, estas situaciones son vividas por los intervinientes con un bajo impacto emocional. Por ejemplo, situaciones graves, pero cotidianas, situaciones con escasos estímulos cruentos, etc. No obstante, en ocasiones, afortunadamente menos frecuentes, los intervinientes también vivimos con gran estrés algunas situaciones que hemos de enfrentar.

Entre las situaciones que en opinión de los emergencistas, más impacto emocional les producen podemos destacar:

- Muertes en acto de servicio.
- Lesiones graves propias o en compañeros.
- Muertes de afectados durante la intervención o como consecuencia fortuita de ésta.
- Accidentes con múltiples víctimas o desastres.
- Muertes o lesiones traumáticas en lactantes o niños.
- Víctimas conocidas del interviniente.
- Situaciones con amenaza para la propia vida.

4.1. Respuesta de estrés y ajuste a la situación en afectados e intervinientes

Casi todas las personas que sufren una situación de alto impacto emocional van a experimentar algún tipo de alteración, con diferente grado de ajuste personal y funcional a la situación.

Los afectados presentarán un estado de estrés agudo y sus reacciones aparecerán casi de manera inmediata. Podemos hablar de tres *patrones generales de actuación* de las personas afectadas por una situación de emergencia:

1. Actuaciones funcionales.

Por ejemplo, ayudar a otras personas a ponerse a salvo, actuar inmediatamente para prevenir daños mayores, establecer vías de huida del peligro, etcétera.

2. Respuestas adaptativas de estrés.

Son las respuestas de alarma y resistencia de las que nos habla Selye. Respuestas de hiperactivación, de miedo, de preocupación, que en definitiva, hacen deducir que la persona afectada ha tomado conciencia de lo ocurrido y la predisponen a afrontar la vivencia.

3. Respuestas disfuncionales o “desadaptativas”.

Ponemos entre comillas “desadaptativas” para indicar que en realidad pensamos que hasta las respuestas inadecuadas que emite el

organismo de una persona afectada, constituyen un intento (consciente o inconsciente; voluntario o involuntario) de afrontar la situación. No obstante, hay respuestas que resultan disfuncionales para conseguir objetivos como protegerse, huir, etc. Algunas de estas pueden ser el pánico, el shock activo (agitación intensa, gritos, pérdida de contacto con la realidad, hiperactivación, desplazamientos deambulantes), el shock pasivo (catatonía, paralización o hipoactividad motriz, deambulación, pérdida de contacto con la realidad).

Generalmente, los profesionales de la emergencia en el momento de la intervención tienden, en muchos casos inconscientemente, a revestirse de una “coraza” que les permite “anestesiarse” emocionalmente y dar prioridad a la actuación técnica, frente a ser “disfuncionalmente manejados” por sus reacciones de estrés.

Los comportamientos que los emergencistas manifiestan que más les ayudan *durante* la intervención en situaciones de alto impacto como las señaladas anteriormente son:

- Mantenerse ocupados y orientados a la tarea.
- Apoyar al resto del equipo y sentirse apoyados.
- Suprimir o reprimir las emociones y sentimientos experimentados.
- Prolongar la sensación de irrealidad / incredulidad.
- Evitar pensamientos interfirientes con la tarea.
- Negar el impacto: “*Es mi trabajo*”, “*estoy acostumbrado*”...

Después de la intervención, esta actitud debe ser abandonada y es cuando pueden aparecer signos que indican la existencia de un estado de estrés por lo ocurrido. Tomar conciencia de ello, frente a mantener la “anestesia”, es una actitud importante para afrontar la estresante vivencia.

El profesional de emergencias es tan humano como cualquier otra persona.

Esto implica que puede verse tan afectado como cualquier otro, ante determinadas situaciones.

Es necesario acabar de romper el tópico de invulnerabilidad de la persona que trabaja en servicios de emergencia. Nuestro umbral de resistencia puede ser algo mayor que el de la población general, pero *todos tenemos un límite*. Como veremos en el capítulo en el que abordamos la gestión del estrés por incidente crítico, vernos afectados por este tipo de evento no ha de hacer suponer que somos deficientes profesionales, sino que *somos personas* que además somos emergencistas. En este sentido, como cualquier persona, lo inteligente es poner en marcha mecanismos de afrontamiento y recuperación del impacto que el incidente nos ha podido provocar.

4.2. Signos y síntomas

Las manifestaciones más comunes que pueden aparecer en situaciones de estrés son las siguientes:

<i>En afectados y/o en intervinientes</i>		
<i>A nivel fisiológico</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de tasa cardiaca • Tensión muscular excesiva y generalizada (agarrotamiento) • Aumento de la respiración (agitada y superficial) • Aumento de la presión arterial • Aumento de la sudoración. (Sudor frío) • Alteraciones gastrointestinales • Vasoconstricción periférica • Sequedad de boca • Dilatación de las pupilas • Disminución de la temperatura en las extremidades • Lividez o Rubor facial 	<ul style="list-style-type: none"> • Fatiga • Tensión • Opresión en el pecho • Dolor de cabeza o espalda • Mareos • Escalofríos • Temblores • Respiración entrecortada
<i>A nivel motor</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento del tiempo de reacción • Alteraciones en la coordinación • Imprecisiones en el comportamiento • Precipitación en las acciones • Bloqueo (paralización) • Gestos motores inadecuados o innecesarios (tics, estereotipias, etc.) • Recurrencia a antiguos hábitos automáticos e inadecuados • Tartamudeo, imprecisión verbal 	<ul style="list-style-type: none"> • Retraimiento • Comportamiento antisocial • Incapacidad de descansar • Movimientos deambulantes • Habla acelerada o balbuceante • Apetito alterado • Consumo de alcohol, tranquilizantes, tabaco, etc. • Coordinación y respuesta técnica deteriorada

A nivel cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Valoraciones irracionales • Pensamientos negativos • Desorganización en la toma de decisiones • Bloqueo en el análisis de información • Falta de autoconfianza • Concentración deteriorada • Focalización inadecuada de la atención • Olvido de aspectos relevantes • Sensación de falta de control • Búsqueda de culpables 	<ul style="list-style-type: none"> • Confusión • Desconcierto • Hipervigilancia • Problemas para tomar decisiones • Pensamientos intrusivos o recurrentes • Disminución en la capacidad para solucionar problemas o para hacer razonamientos
A nivel emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Shock emocional / Estupor • Irritabilidad / Ira • Negación • Embotamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Culpabilidad • Aprensión • Indefensión • Tristeza

En las primeras semanas, todas las reacciones de las personas afectadas, sean accidentados o intervinientes, son reacciones normales de personas normales, que han vivido una situación anormal o extraordinaria.

4.3. Consecuencias del estrés

Podemos afirmar que:

Un profesional de la emergencia puede verse expuesto en una semana activa de trabajo a más incidentes traumáticos de los que tendrá que ver con toda seguridad un ciudadano medio en toda su vida.

Partiendo de esta premisa, el estrés puede tener innumerables consecuencias en nuestro organismo, en nuestra salud en general y en nuestra conducta o respuesta en particular, tanto a nivel fisiológico, cognitivo y/o motor, viéndose reflejado todo ello, en el resto de nuestras esferas psicosociales (trabajo, pareja, familia y red social).

Como hemos dicho anteriormente, un estresor solo lo será, si el individuo lo percibe como tal, y por tanto los efectos, sintomatología y consecuencias del estrés serán diferentes según los distintos sujetos, ya que, la valoración que haga la persona del estresor va a depender de¹⁴:

1. Variables personales del sujeto
2. De su estilo de afrontamiento
3. De los resultados y consecuencias que la situación tiene para el individuo.

Si la respuesta de estrés provoca una activación fisiológica de forma muy frecuente, duradera o intensa, puede ocurrir que los órganos afectados se desgasten sin que les dé tiempo a recuperarse y como consecuencia se produzca el agotamiento de recursos y la aparición de secuelas.

<i>Nivel de Afectación</i>	<i>Consecuencias</i>
Emocional	Apatía, aburrimiento, depresión, sentimientos de culpa, vergüenza, irritabilidad, mal genio, tristeza, baja autoestima, autocrítica, distanciamiento/desplazamiento afectivo, celos, tensión, nerviosismo, soledad.
Cognitivo (Pensamientos)	Incapacidad para tomar decisiones, incapacidad para concentrarse, falta de memoria, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica, bloqueos mentales, negación de emociones, esfuerzos de contención de los sentimientos.
Motor (Comportamientos)	Predisposición a accidentes (conductas impulsivas), abuso de sustancias (consumo de drogas, café, tabaco, alcohol, tranquilizantes y/o sedantes), “explosiones” (ira, agresividad y respuestas desproporcionadas a los estímulos externos), comer en exceso o falta de apetito, excitabilidad, alteraciones en el habla, risas nerviosas, incapacidad de descansar y/o relajarse, abandono personal (desorganización).
Fisiológico¹⁵	Mayores niveles de catecolaminas en sangre y orina, más corticosteroides en sangre y orina, aumento de los ácidos gástricos, mayores niveles de azúcar en sangre, incremento de la producción de urea, supresión de los mecanismos inmunológicos, incremento en la producción de cuerpos cetónicos, aumento del ritmo cardiaco, aumento de la presión arterial, incremento en la producción de glucosa (glucogénesis), alteraciones homeostáticas (sudoración intensa, periodos de calor y frío), adormecimiento y hormigueo en los miembros.

A continuación expondremos las consecuencias que podemos sufrir en el resto de nuestras áreas psicosociales primarias si se mantienen de forma prolongada las situaciones de estrés:

<i>Esfera</i>	<i>Consecuencias</i>
Salud¹⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Trastornos musculares: dolores en espalda, cuello, hombros, cefaleas tensionales, migrañas, dolor crónico, tics, temblores, contracturas. • Trastornos cardiovasculares: taquicardia, arritmias, palpitaciones, hipertensión, enfermedad de Rainaud. • Trastornos respiratorios: asma bronquial, fatiga crónica, mareos, desvanecimientos, síndrome de hiperventilación, alergias. • Trastornos endocrinos: diabetes, hipoglucemia, hipo/hipertiroidismo, síndrome de Cushing, desarreglos menstruales. • Trastornos gastrointestinales: úlcera gástrica, náuseas, vómitos, diarrea, colitis ulcerosa, síndrome de colon irritable. • Trastornos dermatológicos: dermatitis, pruritos, eccemas, psoriasis. • Trastornos sexuales: pérdida de interés sexual, eyaculación precoz, impotencia, vaginismo, coito doloroso. • Trastornos renales: poliuria. • Trastornos óseos: artritis reumatoide. • Trastornos del sueño: insomnio, pesadillas. • Trastornos alimentarios. • Trastornos de ansiedad y/o del estado de ánimo.
Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución del rendimiento: absentismo laboral, despreocupación y “pasotismo” por aspectos relevantes de su labor, mala productividad, desmotivación por hacer las cosas con calidad y eficacia, orientar su atención a aspectos distintos a la prevención y vigilancia. • Problemas con la organización: altas tasas de cambio de trabajo, mal clima en la organización, falta de satisfacción con el desempeño del empleo, sentimientos de desilusión, engaño y deseos de abandonar el trabajo, periodos de baja por enfermedad. • Déficits en las relaciones con los otros: relaciones laborales pobres, pasividad ante las exigencias de los demás, conflictos con otros compañeros, actitudes distantes y despersonalizadas hacia los usuarios.
Pareja/Familia	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de conflictos y discusiones. • Ruptura del matrimonio. • Disminución en la atención y dedicación hacia la familia. • Represión de sentimientos. • Falta de comunicación.
Red social	<ul style="list-style-type: none"> • Abandono de amistades. • Aislamiento. • Pérdida de intereses de ocio y tiempo libre.

5. Moduladores del estrés

El personal de emergencias va a afrontar, casi a diario, situaciones y acciones que por sus características le van a situar en estados de estrés, dado que se activan una gran cantidad de recursos extraordinarios, supone un desgaste importante para el organismo. Si éste es episódico no habrá ningún problema, pues el organismo tiene capacidad para recuperarse entre cada respuesta al estrés. Pero si estas respuestas de estrés se producen con excesiva frecuencia, intensidad o duración, quizás el organismo no pueda recuperarse y aparezcan algunos de los problemas mencionados anteriormente.

*El estrés desgasta, pero el deterioro, dentro de unos límites,
forma parte del proceso vital.*

El problema reside en no saber cuál es nuestro nivel de tolerancia al estrés, y en no dejarnos el tiempo suficiente para que el organismo se recupere de la presión recibida. Hay quien vive bastante bien con un elevado nivel de estrés cuando ha dominado las situaciones que lo provocan.

Es muy importante *tomar conciencia sobre nuestro estilo de vida* y el tiempo que dedicamos de trabajo, de formación o reciclaje, al ocio, así como el de la familia y el de descanso. El tomar conciencia de uno mismo en relación a los demás y el mundo nos va a permitir saber *cuánto puedo y cuánto no* y vamos a poder seleccionar entre lo importante y lo superficial, entre lo urgente y lo postergable. Esta conciencia de la medida de uno, es realista y liberadora.

5.1. Normalización de las respuestas de estrés

Las situaciones de emergencia (auxilios sanitarios, salvamentos y rescates, altercados civiles, etc.), por la propia naturaleza de las mismas, son situaciones particulares y anómalas, muchas de ellas de un alto impacto emocional, y por tanto es lógico que se dé un estado de estrés.

El personal de la emergencia ha de afrontar y controlar el estrés, *no eliminarlo*. Su objetivo ha de ser, el poder actuar adecuadamente pese a encontrarse estresado, es decir, que el estrés no pueda con él sino que el emergencista mantenga su estado de estrés en niveles manejables para enfrentarse a la situación.

La sensación de control, el llamado *locus de control interno*, modulará los efectos del estrés, es decir, creer que podemos manejar la situación y que ésta depende mucho de nuestros esfuerzos, estrategias y habilidades nos ayudará a salir ilesos de ella.

El cuerpo humano es una máquina perfecta. Por eso, se activa de una forma automática en función del esfuerzo que vamos a tener que realizar y se va ajustando en función de sus necesidades/carencias, mientras lo seguimos sometiendo a una acción/es que requieran un alto rendimiento por nuestra parte.

La respuesta del organismo es proporcional a la intensidad de la agresión.

El objetivo de cualquier emergencista es *salvar la vida de los afectados*, está centrado y concentrado en poner a salvo en el menor tiempo posible a la víctima y, evidentemente, no se está dando cuenta de la cantidad de oxígeno que está quemando, ni de la sequedad de boca que tiene por la hiperventilación que está haciendo para ingerir el aire necesario para seguir a pleno rendimiento, o de la tensión a la que está sometiendo a sus músculos para soportar el peso del afectado o de la compresión muscular por una mala postura mientras se está haciendo una excarcelación complicada, etcétera.

El reconocer y atribuir de una manera correcta y lógica las sensaciones que vamos a poder experimentar, una vez que se ha acabado la intervención, es una forma realista de evitar que se condicionen aversiva y negativamente dichas sensaciones, puesto que en definitiva *es lo que se ha de sentir* en función tanto de lo experimentado como de la actividad realizada.

Cuando algo se desajusta en el organismo, lo primero que hace es avisarnos a través de una serie de señales de que algo no va bien¹⁷. Todas estas señales son especialmente peligrosas cuando se presen-

tan en reposo o con actividades ligeras que no justifican la intensidad de la molestia. Es entonces cuando tenemos que poner en práctica todos aquellos recursos de que dispongamos para recuperarnos.

Un aval para la salud es aprender a cuidar a nuestro cuerpo tanto física, como psíquica y socialmente.

En el siguiente capítulo dedicado a prevención y afrontamiento del desgaste psíquico del personal interviniente, abordaremos las estrategias que podemos utilizar para hacernos más fuertes frente al estrés laboral de nuestra profesión.

Recuerda

- El estrés es una parte normal de la vida de toda persona y en bajos niveles es algo bueno, ya que motiva y puede ayudar a las personas a ser más productivas. Sin embargo, el exceso de estrés es dañino.
- El estrés es un proceso, la ansiedad es una emoción.
- La ansiedad se manifiesta en un triple sistema de respuestas: motor – cognitivo – fisiológico.
- La respuesta de estrés tiene tres fases: alarma – resistencia – agotamiento.
- Cada uno de nosotros posee un perfil característico de ansiedad y conociendo cuáles son nuestras respuestas, podemos empezar a reducir el estrés con determinadas estrategias.
- El estrés se ha de afrontar y controlar, no eliminar.

Para complementar

Bonet, M. (2007). *Qué estrés. Estudio sobre las emociones y su relación con el estrés*. Barcelona: Plaza.

Crespo, M. y Labrador, F. (2003). *Estrés*. Madrid: Síntesis.

- Khleber Chapman, A. (2007). *100 preguntas y respuestas sobre la ansiedad*. Madrid: Edaf.
- Lerner, M.D. (2006) *It's OK not to be OK... right now*. NY: Lerner Associates.
- Mitchell, J.T.y Bray, G. (1990) *Emergency services stress*. NJ: Prentice Hall.
- Sapolsky, R. (1995). *¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés*. Madrid: Alianza.

Referencias bibliográficas

1. Fernández-Abascal, E.G. (1997). *Psicología General. Motivación y Emoción*. Madrid: Ramón Areces.
2. Fernández-Abascal, E.G., Jiménez Sánchez, M.P. y Martín Díaz, M.D. (2003). *Emoción y Motivación. La adaptación humana*. Madrid: Ramón Areces.
3. Selye, H. (1976). *The stress of life*. Nueva York: McGraw-Hill (Edición revisada).
4. Selye, H. (1986). "The stress concept: past, present and future". En Cooper, C.L., *Stress Research: issues for the eighties*. Chichester: John Wiley & sons.
5. McGrath, J.E. (1970): *Social and Psychological Factors in Stress*. Nueva York: Holt, Rinehart & Winston.
6. Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal and Coping*, Nueva York: Springer Publishing company. (Traducción española: *Estrés y procesos cognitivos* (1986). Barcelona: Martínez Roca).
7. Glanz, K.; Rimer, B.K. y Lewis, F.M. (2002). *Health Behaviour and Health Education. Theory, Research and Practice*. San Francisco: Wiley & Sons.
8. Tobal, J.J. (1990). "La ansiedad". En J. Mayor y L. Pinillos (Eds.): *Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción* (Vol. 3), pp. 309-344. Madrid: Alhambra.
9. Gill, D.L. (1986). *Psychological dynamics of sport*. Champaign, Illinois: Human Kinetics.

10. Landers, D. M. & Boutcher, S. H. (1986). "Arousal-performance relationships". En Jean, M. Williams. *Applied sport psychology. Personal growth to peak performance*. Palo Alto, California: Manfield Publishing Company.
11. Malmö, R. B. (1959). "A neuropsychological dimension". *Psychological Review*, 66, 367-386.
12. Yerkes, R. M.; Dodson, J. D. (1908). "The relation of strength of stimulus to rapidity of habit formation". *Journal of Comparative and Neurological Psychology*. Núm. 18, pág. 459-482.
13. Labrador, F. J. (1992): *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de hoy.
14. Peiró, J. M. (1993): *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
15. Everly, G. S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Nueva York: Plenum Press.
16. Labrador, F. J. (1993): *Estrés*. Madrid: Eudema.
17. Shulman, N.; Birge, J. E. & Ahn, J. (1999). *Your body's red light warning signals*. Nueva York: Dell.

3

Estrategias psicológicas de control del estrés

Javier Martín Oterino

Antonio Puerta Torres

1. Introducción

Cada uno de nosotros manifiesta ante una situación amenazante unas respuestas de estrés y, cómo hemos visto, que pueden ser tres tipos diferentes: sensaciones fisiológicas, cognitivas o motoras. No tienen porqué manifestarse de igual forma todos los sistemas de respuesta de la biografía. Unos pueden hacerlo con más intensidad que otros.

Si conocemos cuáles son nuestras respuestas más habituales al estrés y sabemos cuál es nuestro nivel de tolerancia al mismo, podremos poner en marcha diferentes estrategias para afrontarlo de una forma más adecuada y, lo más importante, saber cuándo hacerlo.

Recordemos que el sistema de respuestas está interactuando continuamente de forma recíproca, de tal forma que acciones dirigidas al control de un determinado tipo de manifestaciones van a tener también repercusiones en los otros dos y viceversa.

Manuel es médico de una UVI móvil. El día de ayer fue, en términos generales, bastante tranquilo, pero poco antes de terminar el turno recibieron aviso de un posible infarto. Al llegar al destino se encontraron con un joven de 23 años en parada cardiorrespiratoria. Durante 25 minutos estuvieron realizando maniobras de RCP con resultado infructuoso. En el último mes, Manuel ha “perdido” a 3 personas por los mismos motivos. Lo único que quiere es estar solo.

Luis es bombero. Desde hace 20 días no es capaz de quitarse de la cabeza la imagen del niño de corta edad que tuvieron que excarcelar del “tráfico” al que tuvieron que acudir en la AP – 51. Recuerda los gritos de dolor y llanto del niño cuando llegaron y la imagen de la madre que no paraba de gritar pidiendo que se dieran prisa para evitar que muriese su hijo.

Rosa es enfermera de puerta (Urgencias) de un hospital desde hace 14 años. Todos los días tiene que hacer frente a una media de 20 pacientes, no para de escuchar las quejas de los familiares por la demora y tiempo de espera en la asistencia sanitaria, las múltiples peticiones de información de cómo se encuentra el herido correspondiente, atender a las personas de los BOXES que están en observación, etc. Tiene la sensación de que un día “va a explotar”; se encuentra tensa, con frecuentes dolores de cabeza y al final de cada día se va a casa agarrada y completamente agotada. Al llegar a su hogar debe atender a su familia y a su madre, recientemente enviudada a la que no para de escuchar lamentos y sollozos por la pérdida de su marido.

Todas estas situaciones y muchas más, son similares a las que tienen que afrontar día tras día las personas que trabajan en el campo de

la emergencia. En el capítulo anterior hemos visto algunas estrategias de carácter general para hacer frente al estrés (hábitos conductuales sanos, ejercicio físico, cuidar el apoyo y la red social, aumentar el conjunto de experiencias positivas, etc.), pero en ocasiones estos recursos no son suficientes para conseguir dicho objetivo y hemos de aprender estrategias más específicas para ello.

En ocasiones resulta muy difícil o imposible eliminar las fuentes de estrés en el origen, pero podemos dotar al individuo de una serie de estrategias para afrontar dichas situaciones y, si éstas son difíciles de afrontar, dotarle de habilidades para controlar las experiencias y consecuencias que el estrés produce. Así pues, el presente capítulo tiene los siguientes objetivos:

1.1. Objetivos generales del capítulo

- Reducir los niveles de estrés, a nivel cognitivo, motor y fisiológico, minimizando el impacto negativo de éste.
- Eliminar o reducir las ideas irracionales relacionadas con el estrés y el desempeño del trabajo profesional, modificando los procesos de apreciación de situaciones problemáticas.
- Aprender a focalizar la atención en la información útil para la resolución del problema y no centrar su atención en su propio estado emocional, potenciando la competencia para el distanciamiento.
- La valoración adecuada de sus propias capacidades aumentando los recursos personales.
- Elevar el nivel de autoestima.
- Aprender el uso de estrategias de afrontamiento, técnicas y habilidades para combatir las situaciones actuales generadoras de estrés así como los problemas futuros.

1.2. Objetivos específicos del capítulo

- Aprender técnicas de relajación para controlar y disminuir la sintomatología fisiológica de la ansiedad /estrés.

- Identificar y combatir las distorsiones cognitivas generadoras de ansiedad, sustituyendo los pensamientos negativos por otros más adaptativos.
- Identificar y potenciar los recursos personales.
- Potenciar el grado de seguridad y confianza en uno mismo.

2. Técnicas para modificar la activación fisiológica

Es característico de las situaciones estresantes la emisión de intensas respuestas fisiológicas que, además de producir un gran malestar y el desarrollo de somatizaciones en el individuo (transformación de problemas psíquicos en síntomas orgánicos de manera involuntaria), alteran la evaluación cognitiva de la situación y la emisión de respuestas para controlarla.

Estas técnicas intentan aprovechar la conexión directa entre el cuerpo (tensión física) y la mente (tensión psicológica), de tal forma que se puede aprender a reducir los niveles de tensión psicológica (emocional) a través de la relajación física, aun cuando persista la situación que origina la tensión.

No es posible estar relajado físicamente y tenso emocionalmente.

Las técnicas fisiológicas que vienen a continuación buscan la modificación de esas respuestas fisiológicas y/o la disminución de los niveles de hiperactivación producidos por el exceso de estrés centrándose directamente en los componentes somáticos implicados en el mismo. Aunque estamos hablando de técnicas no invasivas y prácticamente inocuas, es conveniente conocer algunas cuestiones previas aplicables a casi la totalidad de las técnicas de relajación:

- La relajación, al igual que cualquier otra habilidad, para ser aprendida y ejecutada eficazmente, requiere práctica constante, *de forma diaria en las primeras semanas* y de dos a tres veces a la semana posteriormente.

- La relajación puede incrementar los efectos de ciertas drogas y fármacos, principalmente aquellos con acciones de tipo cardiovascular, sedantes, hipnóticos o barbitúricos. También puede inducir la aparición de estados de hipotensión o hipoglucémicos temporales. Todo ello es debido al aumento de la activación parasimpática que es precisamente la que contrarresta la activación simpática generadora de la excesiva respuesta fisiológica al estrés.
- Sólo en el caso de utilizar la relajación como tratamiento contra el insomnio, se debe quedar dormido. Por este motivo no es recomendable realizar ejercicios de relajación durante la hora anterior a acostarse o inmediatamente después de las comidas (además podría dificultar la digestión).

2.1. Para la relajación física y muscular: Entrenamiento de relajación progresiva abreviado (*Abbreviated Progressive Relaxation Training, APRT*)

La relajación es un estado del organismo de ausencia de tensión o activación. Cuando estamos relajados se reduce la frecuencia del pulso y la presión de la sangre, mientras que cuando estamos en tensión, las respuestas del organismo al estrés provocan pensamientos y actos que comportan tensión muscular. Esta tensión fisiológica, a su vez, aumenta la sensación subjetiva de ansiedad¹⁻⁵.

La mayoría de personas desconoce cuáles de sus músculos están tensos de una forma crónica. La relajación progresiva abreviada es una forma de proporcionar el modo de identificar estos músculos o grupos de músculos y de distinguir entre la sensación de tensión y la de relajación profunda.

2.1.1. Características de aplicación de la técnica

Consiste en la realización de ejercicios físicos de contracción-relajación de los diferentes músculos del cuerpo y, a su vez, en focalizar nuestra atención en las sensaciones asociadas a los diferentes estados de tensión y relajación. Una vez que seamos capaces de reco-

nocer e identificar las sensaciones de tensión, podremos relajar dichas zonas corporales cuando se encuentren en ese estado. Se trabajarán cuatro grupos principales de músculos:

- A) Extremidades superiores: Músculos de la mano, antebrazo y bíceps.
- B) Músculos de la cabeza (cuello y hombros) y de la cara (frente, mejillas, nariz, ojos, mandíbula, labios y lengua).
- C) Músculos del tórax y abdomen: región del estómago y zona lumbar.
- D) Extremidades inferiores: Músculos de los muslos, nalgas, pantorrillas y pies.

2.1.2. *Procedimiento de aplicación*

Los pasos para llevar a cabo la relajación son los siguientes:

- A) Buscar un entorno físico adecuado (postura cómoda, preferentemente tumbado, sin ruidos, buena temperatura, ropa suelta y cómoda, etc.).
- B) Tensión del grupo muscular, + 5 segundos, y concentración en las sensaciones asociadas.
- C) Relajación del grupo, + 20 segundos, y concentración en las sensaciones asociadas.
- D) Es muy importante que la tensión del grupo muscular sea *lo más explosiva posible*, es decir, no se trata de tensionar los músculos de forma progresiva sino de aplicar la máxima tensión que podamos en el menor tiempo posible y mantener dicho estado en los tiempos indicados.
- E) Repetir el proceso, por lo menos una vez, con cada grupo muscular.
- F) Acompañar el estado de relajación con *expresiones relajantes* como por Ej.: “libero la tensión de mi cuerpo”, “alejo la tensión”, “me siento en calma y descansado”, “me relajo y libero los músculos”, “dejo que la tensión se disuelva poco a poco”, etcétera.

Rosa va a aprender a relajarse, para ello va a seguir inicialmente las indicaciones de un especialista (E) hasta que aprenda el proceso y, lo pueda realizar ella sola:

(E): Rosa tumbate en la cama y ponte lo más cómoda posible... vamos a comenzar los ejercicios de relajación... ¡Cierra los ojos!... vamos a realizar unas respiraciones profundas... introduce lentamente aire por la nariz y cuando tengas los pulmones llenos suelta también el aire muy despacio por la boca. Vamos a hacerlo varias veces (3 ó 4 veces)... ¡muy bien!... Vamos a centrarnos ahora en los grupos musculares y los iremos relajando progresivamente.

1er grupo muscular... Concéntrate en tu puño izquierdo, apriétalo fuerte y céntrate en los puntos de mayor tensión... ¡Basta!... Céntrate ahora en el alivio que experimentas y fíjate en la diferencia que sientes entre la tensión y la relajación... Repite el ejercicio otra vez... Ahora vas a hacer lo mismo con tu puño derecho... ¡Aprieta fuertemente!... ahora relaja los músculos y céntrate en el alivio que experimentas... Repite el ejercicio. Céntrate en la diferencia entre tensión y relajación... Ahora vas a trabajar con tu brazo izquierdo, para ello llévate la muñeca hasta el hombro... ¡Aprieta!... Siente la tensión... ¡Basta!, deja caer el brazo. Aleja la tensión... Céntrate en el alivio que experimentas. Repite el ejercicio... Trabaja ahora con el brazo derecho, haz lo mismo... siente el alivio que se produce cuando aflojas los músculos. Deja que la tensión se vaya poco a poco... Repite el ejercicio.

2do grupo muscular... Ahora trabajamos los hombros; para ello levanta los hombros hacia arriba... ¡Basta!... afloja los músculos, siente el alivio. Repite. Trabajamos el cuello, intenta tocar el pecho con la barbilla... ¡Aprieta... basta!... relaja el cuello y siente la sensación de alivio que se produce. Repite. Aprieta la cabeza hacia atrás para trabajar con la nuca... ¡Aprieta... vale!... céntrate en el alivio. Repite. Trabajamos la frente, levanta las

cejas hacia arriba, siente la tensión... ¡Basta!... relaja la frente, siente el alivio que experimentas. Repite. Cierra fuertemente los párpados para trabajar los músculos de los ojos... ¡Aprieta... basta!... céntrate en el alivio. Repite. Ahora trabaja las mejillas, para ello simula una risa forzada, las comisuras de tus labios se clavan en tus mejillas... ¡Aprieta... basta!... relájalas y siente el alivio que experimentas. Repite. Trabaja ahora la mandíbula... ¡Aprieta los dientes... basta!... ahora relaja la mandíbula y siente el bienestar que se produce. Te sientes más calmada y descansada. Repite. Trabajamos ahora la lengua, colócala contra el paladar y aprieta fuertemente... ¡Basta!... ahora afloja la tensión, siente el alivio y céntrate en la diferencia entre tensión y relajación. Repite... ¡Aprieta los labios fuertemente... basta!... relájalos, siéntelos flojos, muy flojos. Repite. Nos vamos sintiendo cada vez más y más relajados

3er grupo muscular... Hacemos un arco con la columna, saca el tronco hacia fuera y céntrate donde notas mayor tensión... ¡Afloja el tronco!... Repite. Trabajamos ahora el pecho. Toma aire, reten el aire 3 segundos y expúlsalo despacio... céntrate en el alivio que sientes. Repite. Ahora trabaja el abdomen, para ello mete el ombligo todos lo que puedas hacia dentro, como si quisieras que tocara la parte trasera de tu cuerpo... ¡Basta, afloja! Repite.

4to grupo muscular... Levanta la pierna izquierda dirigiendo la punta del pie hacia tu cuerpo... ¡Basta!... déjala relajada, siente el bienestar que experimentas. Repite. Haz lo mismo con tu pierna derecha. Repite.

Para finalizar vas a realizar de nuevo la respiración abdominal profunda... toma aire lentamente, nota como se hincha el abdomen, y expúlsalo muy despacio. Repite varias veces (3 ó 4 veces)... estás tranquila y relajada.

El especialista deja a Rosa + 5 minutos para que sienta el estado de tranquilidad y pasa a sacarla del estado de relajación:

(E): Rosa, estas tranquila y relajada, empieza a moverte lenta y gradualmente... siente tus manos y brazos... mueve las piernas... tranquila... no hay prisa... toma conciencia, de nuevo, de tu cuerpo... ¡Muy bien!... mueve tu cabeza y cuerpo... abre los ojos lentamente e incorpórate cuando quieras...

(E): ¿Cómo te sientes, Rosa?

(R): Muy bien, muy tranquila y relajada. Ya no noto la tensión en el cuello y espalda

(E): ¿Notas dolor o agarrotamiento en alguna parte de tu cuerpo?

(R): La verdad es que no. Hace mucho tiempo que no notaba mi cuerpo de esta forma

(E): ¿De qué forma?

(R): Tan ligero.

(E): ¿Alguna cosa más?

(R): Noto calor pero sobretudo una sensación como de flotar.

(E): Eso está muy bien, has conseguido un buen nivel de relajación. En los próximos días, a partir de ahora, cuando llegues a casa y te notes tensa, ponte a hacer la relajación. Si te resulta más cómodo grábate en una cinta las instrucciones y pasos a seguir y sigue tus propias indicaciones.

(R): Muchas gracias.

Cada ejercicio completo dura + 20 minutos y se ha de poner en práctica, por lo menos al principio, 1 ó 2 veces al día.

Una vez que se consigue una buena relajación se pasaría a una *segunda fase*, en la cual se prestará atención a las sensaciones corporales de tensión y se pasará directamente a relajarlas sin necesidad de tensarlas previamente.

Por último, conviene ir gradualmente incorporando diferentes posiciones y lugares de práctica en las que generalmente se desenvuelva, y en las que es más probable que se produzcan situaciones de estrés:

1. Una vez que se domina la relajación (sin tensión muscular) en la posición de tumbado, hacerla sentado y finalmente de pie.
2. Hacer la relajación mientras se hacen otras actividades, por Ej.: mientras se cocina, caminando, en la ducha, etcétera.
3. Finalmente, se ha de ser capaz de aplicarla mientras se llevan a cabo las actividades cotidianas: hablar con alguien, trabajar, etcétera.

La práctica de la relajación, implica que se sea capaz de ocupar una parte de la atención en ella, mientras se deja libre otra parte de la mente para atender a otras tareas o cuestiones. Con la práctica continuada, se consigue integrar y habitar, pudiendo realizarse sin menoscabo de las acciones/actividades que se hayan de realizar.

2.2. Para el control de la respiración: Respiración Diafragmática Abdominal

Las situaciones de estrés provocan habitualmente una respiración rápida y superficial, lo que implica un uso reducido de la capacidad funcional de los pulmones, una peor oxigenación, un mayor gasto y un aumento de la tensión general del organismo⁶⁻⁷.

Esta técnica consiste en aprender una forma adecuada de respirar para que en una situación de estrés, se pueda controlar la respiración de forma automática y permita una adecuada oxigenación del organismo que redunde en un mejor funcionamiento de los órganos corporales y un menor gasto energético.

2.2.1. Características de aplicación de la técnica

Consiste en aprender a tomar el aire de una forma *LENTA – CONSTANTE – PROFUNDA*, llevándolo de abajo a arriba (respiración diafragmática) en vez de arriba abajo (respiración torácica) y focalizando la atención, en las sensaciones de relajación que le produce la propia respiración.

Para llevar a cabo la relajación tendremos en cuenta lo siguiente:

- A) Buscaremos, igual que en el caso anterior, un lugar cómodo y confortable, alejado de ruidos y con una buena temperatura. Ambiente tranquilo y sin distracciones.
- B) Postura cómoda, preferiblemente tumbado, con las rodillas dobladas y la espalda recta.
- C) Centrar la atención en la respiración.
- D) Las inspiraciones serán nasales: largas, lentas y profundas. Si se tiene algún problema de nariz, se hará por la boca sin abrirla demasiado.
- E) Las espiraciones serán bucales: de igual forma a las nasales.
- F) Ir relajándose poco a poco a medida que se va soltando el aire.

2.2.2. *Procedimiento de aplicación*

En un primer momento es aconsejable poner una mano en el pecho y otra en el estómago para asegurarse que se lleva el aire a la parte inferior de los pulmones *SIN MOVER EL PECHO* o si se prefiere se puede poner un libro (no pesado). Bien la mano del estómago o bien el libro se han de levantar hacia arriba a medida que se inspira el aire. Los pasos son los siguientes:

- A) Respirar por la nariz llenando los pulmones desde el abdomen hasta las clavículas, hinchando un poco la zona abdominal. La inspiración dura + 5 segundos.
- B) Mantener la respiración, + 3 segundos.
- C) Espirar el aire lentamente, + 5 segundos, sin mover el pecho.
- D) Ir relajando abdomen y tórax, concentrándonos en las sensaciones placenteras asociadas a la respiración.

Practicar, al principio, varias veces al día (2 – 3 veces) durante unos 5 minutos cada sesión y, al igual que con la relajación progresiva conviene ir, gradualmente, incorporando diferentes posiciones y lugares de práctica.

3. Técnicas para modificar la activación cognitiva

Las técnicas cognitivas tienen como finalidad cambiar la forma de ver la situación, la percepción, la interpretación y evaluación del problema, así como de los recursos propios para hacerla frente.

Una misma situación, *puede ser percibida de forma diferente* por las diferentes personas que están siendo testigos de ella, para algunos puede resultar amenazante y para otros motivadora. Esto es debido, a que no todo el mundo recoge la misma información ya que, no todos fijamos nuestra atención ante las mismas cosas: unos consideran importantes unas cosas que otros consideran irrelevantes. Además, también se percibe de forma distinta la relevancia que tiene esa situación o cómo me afecta a mí o a mi futuro. Esta diferencia de percepción originará, en parte, la elección de uno u otro tipo de respuestas de afrontamiento.

Sentimos según pensamos.

Nos comportamos según nos encontramos.

Si la forma de comportarnos y la forma en que sentimos depende en la mayoría de las ocasiones de la forma en que valoramos una situación, resulta importante disponer de estrategias de redefinición de situaciones cuando la definición que hemos adoptado no contribuye a una adaptación adecuada.

3.1. *Detención del pensamiento*

Esta técnica está dirigida a la modificación de pensamientos e imágenes, negativos y reiterativos que conducen a sensaciones más o menos difusas de malestar, intranquilidad o desasosiego. Los pensamientos negativos (y sus imágenes asociadas) preceden a emociones igualmente negativas y desajustadas. Si somos capaces de controlar este tipo de pensamientos, los niveles de estrés, ansiedad y otras emociones perturbadoras, podemos disminuirlas de forma importante, e incluso hacerlas desaparecer.

Estas sensaciones negativas y displacenteras que aparecen como en segundo plano, se asocian además o aparecen facilitadas por una o varias “cadenas de pensamientos” que se presentan de forma repetitiva. Estas cadenas de pensamientos se suelen referir, bien a sucesos pasados respecto a los cuales nada se puede hacer ya, bien a sucesos futuros amenazantes que pueden ocurrir, aunque su probabilidad sea muy escasa.

Cada vez que Luis está de servicio y suena la alarma empieza a sentirse intranquilo hasta que tiene información de que la salida no es para atender otro “tráfico”. Cuando está en la calle y oye a un niño llorar o gritar, le viene la imagen del niño del accidente y ve la cara del mismo semi-inconsciente, y cuando circulando con su coche ve algún accidente de carretera empieza a pensar si en ese también habrá niños implicados. Desde el incidente no aguanta las voces subidas de tono porque ve a la madre gritando y desesperada o cada vez que ve a un niño de rasgos físicos parecidos le dan ganas de llorar y no puede quitarse su imagen de la cabeza. En todas estas situaciones empieza a sudar, le tiembla el pulso y le cuesta respirar. Está muy preocupado porque “sabe” que si empieza a notar estas reacciones en una próxima salida, no va a ser capaz de rendir y puede cometer algún fallo que traiga consecuencias peores para sus compañeros de unidad, para él mismo o para las víctimas. Aunque la intervención fue un éxito y pudieron sacar al niño con vida, no se atreve a contarlo... ¡por si no le entienden!

Estos pensamientos, por un lado, no orientan sobre qué se debe hacer o qué conductas hay que llevar a cabo para controlar ese suceso (en muchos casos porque ya pasó), por otro, producen un elevado grado de malestar y de ansiedad, con repercusiones negativas sobre el estado de ánimo de la persona. El objetivo en estos casos no es razonar sobre si fue tan desgraciado o tan importante el suceso, o si existe realmente alguna probabilidad de que llegue a producirse lo que se está temiendo que se produzca: lo más adecuado será conseguir que no aparezcan, o hacerlos desaparecer lo más rápidamente posible.

3.1.1. Características de aplicación de la técnica

La detención del pensamiento se basa en el hecho de que un estímulo suficientemente potente atraerá la atención sobre él haciendo que se deje de prestar atención a los pensamientos que se están desarrollando⁸. Consiste en la identificación y concentración de los pensamientos no deseados, detenerlos, vaciar la mente de los mismos y sustituir esos pensamientos por una tarea distractora o bien por otros más positivos y dirigidos al control de la situación.

Previo a poner en práctica la técnica es necesario disponer de:

- A) Un lugar tranquilo y estar lo más relajado posible (nos podemos ayudar de las estrategias anteriores para ello).
- B) Hacer un listado con los pensamientos estresores que se repiten de forma habitual y que al mismo tiempo le proporcionan mayor malestar o los percibe como desagradables. Es conveniente ordenar dichos pensamientos en orden de menor a mayor malestar.
- C) Establecer cuál va a ser el estímulo, *orden de parada*, que se va a utilizar para detener el pensamiento. Puede utilizarse cualquier estímulo suficientemente intenso que se pueda producir a voluntad y sea capaz de atraer inmediatamente la atención, como un ruido intenso (una palmada, un despertador de alarma, una grabadora donde se registre a intervalos intermitentes la orden de parada en voz alta y con fortaleza, para ello los intervalos pueden ser 2 minutos, 1 minuto, 3 minutos, 2 minutos, etc.), o un grito (“Basta”, “Stop”, “No”, “Alto”) o algo físico (ponerse una goma de pelo en la muñeca y estirla y soltarla de golpe) o también se pueden mezclar varios estímulos de parada, por Ej.: la palabra “Basta” y la goma en la muñeca.
- D) Determinar una/s tareas distractoras que permitan centrar la atención, una vez que se detenga la cadena de pensamientos. Como ejemplos pueden ser: recordar pormenorizadamente una situación especialmente agradable, como un lugar agra-

dable (playa, montaña...), una situación feliz (un cumpleaños, una fiesta...); contar de 3 en 3 hacia atrás desde el número 100 al cero; intentar aprender una nueva canción; describir el lugar en el que se encuentre en ese momento (cuadros, olores, gente...), etcétera.

- Luis, en su caso, determinó la siguiente lista de pensamientos:
 - 1) “La madre no para de gritar y llorar”.
 - 2) “El coche destrozado debajo del camión”.
 - 3) “La imagen del niño”.
 - 4) “El niño está sufriendo por el dolor”.
 - 5) (Timbre de alarma en la base)... “Que no sea un tráfico, por favor”.
- Las cadenas de pensamientos asociadas que le venían eran:
 - 1) “Pobre madre, es horroroso que una madre pierda a su hijo, la vida es una cabronada, que la hagan callar, no puedo centrarme”...
 - 2) “Que horror, ahí no hay nadie vivo, si no se fuera tan rápido conduciendo... esto no lo pasaríamos nosotros”...
 - 3) “Pobrecito, que guapo es, toda una vida tirada por la borda, es una pena”...
 - 4) “Esto es insufrible, no se calla, si sale de esta va a quedar muy mal, no va a volver a ser un niño normal, va a perder el brazo”...
 - 5) “No voy a poder soportar otro accidente de coche, me voy a quedar paralizado, no voy a saber que hacer, me van a despedir por negligencia”...
- Como orden de parada, eligió la palabra señal de ¡ALTO!
- Y por último, como “Tarea Distractora”, al ser una persona muy familiar eligió el recordar las fiestas de cumpleaños de cualquiera de sus dos hijos.

3.1.2. Procedimiento de aplicación

Es importante destacar que una vez que están identificados los pensamientos negativos, hay que *expresarlos verbalmente*. La verbalización ha de ser lo más parecida a los pensamientos y la forma en que éstos se presentan, es decir, como si se pensara en voz alta.

Una variación (y ampliación) a la técnica, como hemos indicado anteriormente, y toda vez, que se han parado los pensamientos negativos estresores, es la sustitución de dichos pensamientos por otros más positivos y dirigidos al control de la situación. Variante que consideramos más eficaz que la sola parada de los mismos. Si utilizamos este procedimiento, la técnica pasa a llamarse *Aserción Encubierta*.

Luis en su caso, eligió los siguientes pensamientos positivos y dirigidos al control de la situación:

- 1) “El sentimiento materno es único, es normal el estado en el que se encuentra, cualquier madre estaría igual, vamos a sacar al niño lo antes posible”.
- 2) “He intervenido en situaciones peores que ésta, anticipar finales desgraciados es absurdo y no me ayuda”.
- 3) “Es pronto para pensar en secuelas importantes. En muchas ocasiones los niños se recuperan mucho mejor y más rápido que los adultos”.
- 4) “El niño está vivo, seguro que ha vuelto a ser el de antes, los servicios médicos de rescate, que nos ayudan, calman el dolor a las víctimas enseguida”.
- 5) “Me han entrenado para estas situaciones, tengo automatizados los procedimientos de extracción, sé lo que tengo que hacer en cada momento, mis compañeros siempre me ayudan”.

Los pasos a seguir son los siguientes:

- A) Imaginación del pensamiento: Con los ojos cerrados para concentrarse mejor, se comienza a generar de manera voluntaria la cadena de pensamientos expresándolos en voz alta.

B) Interrupción del pensamiento: Escasos momentos después de haber comenzado, + 5 segundos se interrumpe de manera inmediata la cadena con ayuda del estímulo elegido de antemano (por Ej.: grito de “Basta” o “pellizco”, “golpe en la muñeca con una goma elástica”, etc., y grito de “Basta”...).

Si se usa el método de la grabadora, cuando se comienza a imaginar el pensamiento, se pone en marcha la grabadora y cuando se oye el primer “¡STOP!”, se detiene el pensamiento, nos volvemos a centrar en el pensamiento obsesivo hasta oír el siguiente “¡STOP!”, y así sucesivamente.

C) Sustitución del pensamiento: Inmediatamente después de la orden de parada, para que no vuelva a aparecer esta cadena, se llevará a cabo la tarea distractora que permita centrar la atención.

Hay que ensayar este proceso varias veces (8-10) hasta que resulte fácil el generar la cadena y cortarla a voluntad. Una vez conseguido, se pasará al siguiente pensamiento de la lista establecida de antemano y se empezará otra vez desde el paso (1).

Una vez que se consigue frenar todos los pensamientos, se pasará a una *segunda fase*, en la cual, ahora la cadena de pensamientos se genera sólo mentalmente, sin expresarla en voz alta y se procede como en la fase anterior: se interrumpe con el estímulo elegido (siempre será el mismo), se centra la atención durante 20-30 segundos en la tarea distractora elegida de antemano (también conviene que sea siempre la misma) y/o se sustituyen los pensamientos estresores por los elegidos de corte positivo. Se ha de repetir también varias veces esta fase (8-10) antes de avanzar a la siguiente.

En la *tercera fase* y última, cuando la cadena de pensamientos generada mentalmente se percibe con claridad, se interrumpe con el estímulo elegido, pero en este caso *el estímulo también se aplica mentalmente* (se grita “basta” o “stop” de forma imaginaria, no verbal). Inmediatamente después, se pasa al ejercicio de centrar la atención, como en los casos anteriores y se repite el paso hasta conseguir dominar la técnica y detener todos los pensamientos.

Una vez que se ha aprendido la técnica ha de practicarse de forma sistemática durante al menos 15 días a fin de llegar a dominarla, (5-10 aplicaciones diarias pueden ser suficientes). Ha de utilizarse en todas aquellas ocasiones en que aparezca algún pensamiento o cadena de pensamientos que se desee cortar. Generalmente, los pensamientos estresores (obsesivos) aparecerán cada vez con menor frecuencia cuando hayamos avanzado en el entrenamiento y, dejarán de constituir un problema o al menos se podrá aliviar la ansiedad que conllevan. Una vez dominada servirá para poder autocontrolar cualquier pensamiento de estas características.

3.2. Reestructuración cognitiva

Todas las personas estamos constantemente en una “autocharla”, *Self Talk*, con nosotros mismos, describiendo el mundo y dando a cada suceso o experiencia una etiqueta o juicio (incluido de nosotros mismos). Este diálogo es una corriente de pensamiento que fluye de la mente sin interrupción, que rara vez nos damos cuenta que la estamos teniendo y qué es lo que estamos pensando, pero, estos pensamientos, son lo suficientemente poderosos como para crear las emociones más intensas.

*Juzgamos, etiquetamos e interpretamos todos los sucesos
que nos rodean.*

Estamos continuamente describiéndonos el mundo.

En las situaciones de emergencia el estrés puede hacernos cometer errores y nuestro “self talk” puede hacer que nos juzguemos de forma negativa haciendo que nos sintamos mal (vergüenza, tristeza, inquietud, desilusión, disgusto, frustración...) o puede que etiquetemos e interpretemos una situación de manera irracional, rígida e inadecuada, en cuyo caso, tendremos emociones perturbadoras y poco adaptativas (ira, agresividad, culpa, impotencia...) que repercutirán en nuestra competencia, autoeficacia y/o autoestima.

*Son nuestros pensamientos los que provocan nuestras emociones, no
las situaciones.*

Estos pensamientos se producen de un modo “automático”, y parece que poco podemos hacer para controlarlos y quitárnoslos de la cabeza. Si se está ansioso se mantiene la atención sobre el peligro, si se está deprimido se mantiene la atención sobre las “perdidas” sufridas, si se está colérico se mantiene la atención sobre la injusticia y la maldad, etcétera.

*Generalmente, lo crucial no es lo que “nos pasa”,
sino lo que pensamos en cada momento.*

Los *pensamientos automáticos* tienen normalmente las siguientes características:

1. Son mensajes personales, específicos y propios de cada individuo.
2. A menudo parecen taquigrafiados, telegráficos, compuestos por unas pocas y esenciales palabras o una imagen visual breve.
3. Se elaboran sin reflexión o razonamiento previo, no importa lo irracionales que sean, casi siempre son creídos como racionales, parecen evidentes y naturales.
4. Se viven como espontáneos, entran de golpe en la mente, se disparan solos, sin que nosotros lo pretendamos. Como generan emociones muy rápidamente, se “sienten y evalúan como verdaderos”.
5. A menudo se expresan en términos de “habría de”, “tendría que” o “debería”.
6. Tienden a dramatizar, van acompañados de una gran carga emocional que les concede mayor fuerza y sensación de realidad o credibilidad.
7. Son relativamente idiosincrásicos, es decir, una misma situación puede generar diferentes pensamientos y emociones.
8. Son difíciles de combatir y desviar, ya que son aprendidos desde la infancia. Forman un flujo de conciencia muy rápido que crea emociones, que a su vez, desatan más pensamientos.

Estos pensamientos automáticos emergen por un error en el procesamiento de la información, al valorar, juzgar y/o etiquetar las

situaciones de una forma parcial y poco objetiva, distorsionando la realidad. Estos errores de procesamiento, son los llamados *Errores Cognitivos*⁹⁻¹¹.

Todo lo que nos decimos en relación a una situación, depende de nuestros “*esquemas cognitivos*”, que contienen las reglas básicas para filtrar y codificar toda la información que proviene del entorno y suelen activarse en situaciones que afectan a nuestras necesidades básicas más relevantes: aceptación/rechazo, éxito/fracaso, salud/enfermedad y ganancia/pérdida.

Los *esquemas cognitivos* son aprendidos y forman parte del sistema de creencias que la persona tiene en relación a sí mismo, al mundo y a los demás. Cuando son o están desadaptados, dan lugar a las *Ideas o Creencias Irracionales*¹²⁻¹⁵.

*Autodiálogo ➡ Pensamientos Automáticos ➡
Distorsiones Cognitivas ➡ Ideas Irracionales*

3.2.1. Características de aplicación de la técnica

La reestructuración cognitiva consiste en un ejercicio de objetivación y racionalización de los pensamientos asociados a las situaciones, cambiando aquellos que son irracionales (pensamientos automáticos distorsionados) por otros más adaptativos y, de esta forma, cambiándose a su vez las emociones asociadas.

*La reestructuración cognitiva es un debate (auto-debate),
no una discusión.*

La emoción procede de la interpretación del suceso, no del suceso en sí. En este sentido, la reestructuración se dirige a la aceptación y afrontamiento del hecho (aunque sea negativo), encontrando argumentos lógicos y relevantes que permitan neutralizar las distorsiones cognitivas.

El error es la forma de pensar, no el pensamiento en sí.

Antes de poder reestructurar cognitivamente los pensamientos automáticos, hemos de conocer:

A) La diferencia entre un pensamiento racional (lógico y funcional)
Vs. irracional (ilógico y disfuncional):

<i>Características de los pensamientos racionales</i>	<i>Características de los pensamientos irracionales</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Se apoyan en datos de nuestras experiencias y, por tanto, son contrastables, verificables y consistentes con la realidad. 2. Describen las realidades que vivimos sin exageraciones. 3. Se expresan en términos de deseos o preferencias: “me gustaría...”, “preferiría...”. 4. No son absolutistas. 5. Producen emociones moderadas, de baja intensidad y corta duración, siempre en consonancia con lo ocurrido 6. Facilitan la resolución de nuestros problemas y nos ayudan a conseguir nuestras metas y objetivos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. No se apoyan en datos de nuestras experiencias. Utilizan suposiciones no demostrables. 2. Describen las realidades que vivimos de forma dramática o catastrófica. Van acompañados de palabras como: “horrible”, “terrible”, “insoportable”... 3. Están planteados en términos de necesidades requeridas para ser feliz o sobrevivir: “necesito que...” y/o exigencias, demandas y obligaciones sobre uno mismo o los demás: “debe de...”, “tiene que...”, “tengo que...” 4. Son absolutistas. Van acompañados de palabras como: “todo”, “nunca”, “nadie”, “nada”, “siempre”... 5. Producen emociones negativas, de fuerte intensidad y larga duración. 6. Obstaculizan la resolución de nuestros problemas y la consecución de nuestras metas y objetivos.

B) Los errores o distorsiones cognitivas a la hora de procesar la información:

- **Visión catastrófica o Magnificación/minimización**

Es un error del mecanismo de alerta: exagerar el significado de un acontecimiento negativo o de un error, lo que hace que parezca todo peor de lo que es, o bien disminuir el significado de un acontecimiento positivo, de un acierto o un logro personal. Estos pensamientos a menudo empiezan con las palabras “y si...”.

Ej.: “No he tratado al paciente lo suficientemente bien, ¿y si me demanda?”, “¿y si este dolor de cabeza es un tumor?”, “¿y si se ríen de mí por lo que digo?”.

- **Personalización**

Son atribuciones personales erróneas. Es la tendencia a relacionar algo del ambiente consigo mismo, es decir, es atribuirse la responsabilidad de un suceso negativo a uno mismo, con independencia de los acontecimientos que rodean al evento. Se interpreta cada experiencia, como una pista para analizarse y valorarse a sí mismo.

Ej.: “Se quieren ir porque se aburren conmigo”, “podría haber evitado el accidente si no fuera tan despistado”, “la seguridad social va tan mal porque no me implico lo suficiente en mi trabajo”.

- **Pensamiento polarizado/dicotómico**

Es evaluar erróneamente. Se tiende a percibir cualquier cosa de forma extremista, sin términos medios. Son elecciones dicotómicas, se piensa en términos de todo o nada, blanco o negro, correcto o incorrecto... no existen posibilidades de graduación.

Ej.: “No ha sido capaz de reducir la fractura, es un incompetente”, “¿si no aguanta la sangre, qué hace aquí...?”.

- **Sobregeneralización**

Es razonar erróneamente. (1 vez = todas, 1 persona = todas). Se sacan conclusiones sobre la capacidad o valía de una persona, casi siempre de uno mismo, a partir de datos vagos y poco exactos. En esta distorsión se produce una extensión, una conclusión general a partir de un incidente simple, un detalle o un solo elemento de evidencia. Esta distorsión conduce inevitablemente a una vida cada vez más restringida.

Ej.: “He fallado a mi compañero, nadie querrá estar conmigo en el turno de trabajo”, “no he sacado adelante a esta persona, todo lo hago mal”.

- **Abstracción selectiva o Filtraje**

Es observar a los demás o a sí mismo erróneamente. Esta distorsión se caracteriza por una especie de visión de túnel; sólo se ve un elemento de la situación con la exclusión del resto. Se resalta un simple detalle y todo el evento queda teñido por este detalle.

Ej.: “El rescate fue un fracaso, tardamos demasiado”, “la autobomba no tenía suficiente presión de agua, nos hemos librado de milagro”.

- **Interpretación/adivinación del pensamiento**

Es interpretar erróneamente. Se supone cómo se sienten los demás, lo que piensan o las causas por las que la otra persona se ha comportado de una manera determinada, es decir, cuando una persona interpreta el pensamiento hace juicios repentinos sobre los demás, sin datos suficientes y sin fundamento. En la medida en que su pensamiento interpreta, también se hacen presunciones sobre cómo está reaccionando la gente a las cosas que la rodean, particularmente cómo están reaccionando los demás ante usted.

Ej.: “Si digo algo en la reunión van a pensar que sólo digo tonterías y me van a rechazar”, “mis compañeros no me aprecian porque no me quieren cambiar la guardia”, “se está comportando de esa manera porque quiere cabrearme”.

- **Los debería**

Son creencias erróneas. En esta distorsión, la persona se comporta de acuerdo a unas reglas inflexibles elaboradas por uno mismo, que deberían regir la relación de todas las personas. Las palabras que indican la presencia de esta distorsión son “debería”, “habría de”, o “tendría”. Los demás son juzgados, o la persona se hace sufrir a sí misma con los debería.

Ej.: “Tengo que hacerlo todo bien para que se me reconozca mi valía profesional”, “los usuarios deben de leer las recomendaciones informativas de seguridad para que yo realice bien mi trabajo”.

- **Tener razón**

La persona se pone normalmente a la defensiva; tiene que probar continuamente que su punto de vista es el correcto, que sus apreciaciones del mundo son justas y todas sus acciones adecuadas. Las opiniones de este tipo de personas raramente cambian porque tienen dificultad para escuchar nuevas informaciones. Cuando los hechos no encajan en lo que ya creen, los ignoran.

Ej.: “El único que entiende de esto, soy yo”, “lo volvería a hacer exactamente igual”, “no opines porque de esto no sabes”.

- **Etiquetación**

Son atribuciones negativas erróneas. Se trata de generalizar una o dos cualidades en un juicio global, con lo cual la visión que se tiene del mundo es estereotipada y unidimensional.

Ej.: “La gente no hace caso, son unos irresponsables”, “mi compañero habla poco conmigo, es un estúpido”.

- **Razonamiento emocional**

En la raíz de esta distorsión esta la creencia de que lo que la persona siente, es decir, las emociones que experimentamos son la realidad de lo que está sucediendo y es lo verdadero. Si se siente como un perdedor, entonces tiene que ser un perdedor.

Ej.: “Me siento culpable, tengo que haber hecho algo mal”, “me siento algo confuso, no estoy lo suficientemente preparado”, “estoy deprimido, la vida no tiene sentido”.

- **Culpabilidad / culpabilización**

A menudo la culpabilidad implica que otro se convierta en el responsable de elecciones y decisiones que realmente son de nuestra propia responsabilidad. Otras personas focalizan la culpabilidad en ellas mismas exclusivamente.

- **Falacias de control**

Existen dos formas en que puede distorsionarse el sentido de poder y control de una persona. Una persona puede verse a sí misma impotente y externamente controlada, o omnipotente y responsable de todo lo que ocurre alrededor. La persona que se siente externamente controlada, se bloquea. El polo opuesto de la falacia del control externo es la falacia del control omnipotente. La persona que experimenta esta distorsión se cree responsable de todo lo que ocurre y de todos.

Ej.: “No puedo ser feliz si no me destinan a otro destino”, “menos mal que yo estoy aquí para resolver esto”, “si no es por mí, no sé que sería de vosotros”.

- **La falacia de justicia**

Se basa en la aplicación de las normas legales y contractuales a las situaciones y/o relaciones interpersonales. Se expresa a menudo con frases condicionales.

Ej.: “Si me valorara, no se burlaría...”, “si fuera buen compañero, me cambiaría la guardia”, “si de verdad supiera, no se habría equivocado”.

- **Falacia de cambio**

El supuesto fundamental de este tipo de pensamiento es que la felicidad depende de los actos (conductas) de los demás. La falacia de cambio supone que una persona cambiará si se la presiona lo suficiente. La esperanza de felicidad se encuentra en conseguir que los demás satisfagan nuestras necesidades. Las estrategias para cambiar a los otros incluyen echarles la culpa, exigirles, ocultarles cosas y negociar.

Ej.: “Para trabajar en equipo, he de conocerte en profundidad”, “si quieres trabajar conmigo, has de hacer...”.

- **La falacia de la recompensa divina**

En este estilo de ver el mundo la persona se comporta “correctamente”, se sacrifica y trabaja hasta quedar extenuada pensando que algún día será recompensado por lo que ha hecho. Cuando se comprueba que la “recompensa” no llega, se resienten.

Ej.: “Para qué voy a realizar mi trabajo, si luego no te lo agradecen”, “he trabajado tan duramente para que ni siquiera me den una gratificación económica, que se vayan a la mierda”, “he trabajado tanto y mira cómo me lo pagan...”.

3.2.2. Procedimiento de aplicación

Recordando el caso de Manuel, médico de la UVI móvil: Lleva todo el día de descanso culpabilizándose de la muerte de las víctimas pasadas, se dice “Soy un desastre como médico de emergencias”, “Todo lo hago mal”, “Soy un incompetente”, etc. Se siente inseguro de poder afrontar el próximo turno por temor a que vuelvan a recibir una llamada de “verdadera urgencia”.

Nuestras actuaciones futuras, ante situaciones similares, dependen de lo que pensamos después de haber pasado por dichas situaciones.

Los pasos a seguir en la reestructuración son los siguientes:

- A) Identificar las emociones y conductas problemáticas en las situaciones a afrontar.
- B) Identificar tanto los pensamientos que nos causan el malestar emocional como las creencias irracionales que las sustentan.
- C) Aprender autodiálogos alternativos que nos permitan desarrollar nuevas formas de dar significado a las situaciones que vivimos, rebatiendo los pensamientos automáticos e identificando las creencias alternativas racionales.
- D) Afianzar las alternativas racionales mediante la ejecución de tareas.

Los criterios para la elaboración de los interrogantes de cuestionamiento personal (*Autodiálogos alternativos*) son muy variados, pudiendo utilizar uno o varios a la vez:

1. Criterios orientados a *la forma*: ¿Qué términos estoy utilizando para definir mis pensamientos? ¿Es un deseo, una opinión, una exigencia? ¿Hablo de necesidad o de preferencia? ¿Por qué me altero tanto, si no puedo cambiar ese hecho? ¿Por qué sería tan terrible? ¿El pensamiento está basado en un hecho, en una inferencia, una suposición?, etcétera.
2. Criterios orientados a *evaluar la evidencia empírica* del pensamiento: ¿Qué hechos hay a favor y en contra de esta creencia? ¿Cómo sabes que nunca vas a...? ¿Cómo estás tan seguro de...? ¿En qué te basas o dónde está la evidencia para pensar así? ¿Puedes probar lo que dices? ¿Qué datos (pruebas) tengo para probar este pensamiento? ¿Qué datos tengo en contra de este pensamiento? ¿Qué ley lo dice? ¿Dónde está escrito que...?, etcétera.
3. Criterios orientados a *evaluar la consistencia lógica o la claridad semántica*, es decir la *objetividad* del hecho: ¿Qué significa para mí lo que me estoy diciendo?, si ese pensamiento lo tuviera otra persona ¿qué le diría para demostrarle que está haciendo una mala interpretación de los hechos?: ¿A qué te refieres cuando

hablas de...?, ¿qué es eso de que no podrás... o que nunca vas a...?, ¿por qué tenía que...? o ¿por qué necesitas...?, ¿por qué no debería haberte pasado a ti?

4. Criterios orientados *al beneficio o utilidad del mantenimiento del pensamiento*: ¿Pensar así me ayuda a conseguir mis objetivos? ¿Qué gano pensando de esta manera? ¿Qué ganaría pensando de otra forma? ¿Me sirve para actuar de forma eficaz? ¿Qué tendrá de positivo en mi vida pensar esto? ¿Le sirve a algunos de mis seres queridos que yo piense así? ¿Pensar esto me beneficia o me perjudica? ¿Qué es lo peor que me podría suceder si cambio mi forma de pensar? ¿Y lo mejor?, etcétera.
5. Criterios orientados a *las consecuencias –la intensidad y/o duración* generadas–: ¿Con cuánta frecuencia me encuentro mal a causa de este pensamiento?, cuando pienso eso ¿cómo me siento?, ¿es tan grave en realidad como para sentirme así?, etcétera.

3.2.3. Métodos de aplicación

Hay diferentes estrategias que nos permiten cuestionar y cambiar nuestros pensamientos e ideas no razonables, con el objetivo de poner en duda la credibilidad de nuestros pensamientos.

Aunque al principio puede resultar un poco difícil el manejo de la reestructuración por uno mismo y, de hecho, es aconsejable al inicio, ser guiado por un experto en dicho procedimiento, se puede llegar a dominar dicha técnica, recomendándose hacerlo por escrito a modo de diálogo entre uno mismo y un “*Alter Ego*” a modo de experto:

A) *La interrogación o debate socrático*:

Consiste en cambiar la percepción rígida de la realidad hacia un estado de mayor flexibilidad. Se busca darse cuenta que hay otras alternativas a la interpretación del sentimiento por lo que le ha sucedido.

Alter Ego: ¿Qué significa que eres un DESASTRE (enfatiizando el concepto exagerado)?

Manuel: Que lo hago todo mal.

Alter Ego: ¿Cómo puedes hacer TODO MAL?

Manuel: Si no, no hubiera perdido en este mes a tres personas.

Alter Ego: ¿Estás COMPLETAMENTE SEGURO (se hace una pequeña pausa para dar tiempo a integrar el término en toda su magnitud) de que por haber PERDIDO a 3 personas, ya que parece que “eran tuyas”, eres un DESASTRE (más énfasis en el adjetivo) como médico?

Manuel: Bueno... un desastre completo, no... no estoy seguro

Alter Ego: ¿Puede una persona hacer... TODO MAL?

Manuel: Desde luego que no.

Alter Ego: Entonces ¿Se puede ser un DESASTRE como médico por un incidente profesional que entiendo, evidentemente, que no es agradable ni deseable?

Manuel: No... desde luego que no.

Alter Ego: Exacto... desde luego que NO.

B) Evaluación de la evidencia:

El pensamiento automático se pone como hipótesis a comprobar, buscando tanto las pruebas a favor como en contra de dicho pensamiento. Se busca ver si las premisas en las que se basa el pensamiento son correctas y lógicas, ya que la aceptación de una premisa falsa lleva a una conclusión falsa.

Manuel: Si fuera un médico competente, no me pasarían estas cosas, ¡soy un fracasado!

Alter Ego: Piensa en un compañero que consideres competente y lo respetes por su trabajo.

Manuel: El Doctor Hernández.

Alter Ego: ¿Puedes asegurar que NUNCA ha tenido un problema con algún paciente?

Manuel: No, por supuesto.

Alter Ego: ¿Puedes decirme si se le ha muerto algún paciente?

Manuel: Sí, por supuesto... como a todos.

Alter Ego: ¿Le consideras un INCOMPETENTE?

Manuel: Desde luego que no.

Alter Ego: ¿Es un FRACASADO porque haya perdido, al igual que tú, algún paciente?

Manuel: No.

Alter Ego: ¿Entonces... por qué te consideras tú de esa manera?

Manuel: Es cierto... por el hecho de perder a alguien me he etiquetado de forma desmedida, además, en mi servicio es bastante frecuente encontrarse con la muerte.

Alter Ego: Exacto.

C) La reatribución:

Podemos usar este procedimiento cuando nos atribuimos culpas o responsabilidades de acontecimientos negativos por una deficiencia personal como la falta de capacidad o esfuerzo. No se trata de quitarse *toda* la responsabilidad, sino de investigar la posibilidad de la existencia de otros factores que pudieran haber existido en la experiencia negativa o de analizar de forma objetiva y lógica nuestro funcionamiento (ejecución) en dicha situación, para que así se distribuya la responsabilidad a quien realmente corresponda (si así fuera el caso).

Alter Ego: ¿Qué error EXACTAMENTE has cometido, para que el paciente falleciese?

Manuel: La verdad es que no lo sé, intenté hacerlo lo mejor que pude.

Alter Ego: ¿Te SALTASTE u OLVIDASTE algún paso del protocolo de actuación para el caso?

Manuel: No, No... de hecho estuvimos intentando reanimar al chico más tiempo de lo normal.

Alter Ego: ¿Hubo alguien que te JUZGÓ o CRITICÓ por el procedimiento que seguiste?

Manuel: No, al revés, me felicitaron por el esfuerzo que había realizado.

Alter Ego: ¿Pudiera ser que el paciente tuviera algún tipo de lesión o enfermedad que evidentemente desconocías y que fuera en mayor parte la responsable de su muerte, y no tú?

Manuel: Por la edad del chico, no sería muy probable.

Alter Ego: ¿Pero pudiera ser? O es que las personas jóvenes no pueden fallecer ni tener enfermedades que ocasionen la muerte.

Manuel: Claro que las personas jóvenes pueden fallecer... pero es una pena.

Alter Ego: Estoy de acuerdo en que es una pena... pero ¿podría haber sido este caso?

Manuel: Sí, evidentemente podría haber tenido alguna enfermedad responsable de su fallecimiento.

Alter Ego: ¿Sigues pensando que fuiste el responsable de la trágica muerte del chico?

Manuel: No... es cierto. Yo hice mi trabajo lo mejor que pude, pero lamentablemente no pudo tener un desenlace feliz.

La reiteración de estos procedimientos dará como resultado una percepción subjetiva de autocontrol, de que somos los verdaderos dueños de nuestras emociones en muchos más casos de los que pensamos.

A modo de conclusión se presenta un protocolo guiado de reestructuración cognitiva para pensamientos distorsionados:

Reestructuración Cognitivo – Conductual**Pensamiento Negativo:**

- Grado de creencia ANTES de la reestructuración (0 a 100):
- Grado de creencia DESPUÉS de la reestructuración (0 a 100):

1) Contraste lógico racional:

1. Idea/s irracionales en las que se basa:
2. Distorsión/es cognitivas que aparecen:

2) Contraste empírico:

3. Hechos a favor de estos pensamientos:
4. Hechos en contra de estos pensamientos:

3) Contraste acerca de la adaptatividad de las creencias:

5. Consecuencias positivas de *mantener* estos pensamientos (Inmediatas y a largo plazo):
6. Consecuencias negativas de mantenerlos (Inmediatas y a largo plazo):
7. Consecuencias positivas de *cambiar* estos pensamientos por otros menos absolutos, más adaptativos y más realistas (Inmediatas y a largo plazo):
8. Consecuencias negativas de cambiar estos pensamientos por otros menos absolutos, más adaptativos y más realistas (Inmediatas y a largo plazo):

4) Buscar creencias alternativas:

9. ¿Qué es lo peor que me puede pasar si dejo de creer en estos pensamientos?:
10. Pensamientos alternativos: ¿De qué otra manera puedo pensar que sea más lógica, más realista y más adaptativa?:

(SEÑALAR EL GRADO DE CREENCIA PARA CADA UNO DE ELLOS)

5) Ensayo y práctica de la reestructuración:

11. Buscar activamente las situaciones en donde suelen aparecer los pensamientos negativos y reetiquetar o reevaluar la situación, aplicando las alternativas más creídas.
12. Auto – reforzarse en cada práctica.
13. Anotar el alivio experimentado y la mejoría de su estado de ánimo después de cada práctica.

3.3. Autoinstrucciones

Al diálogo interno que mantenemos *con nosotros mismos* para guiarnos en lo que queremos hacer, decir, planear y pensar lo llamamos autoinstrucciones. Cuando estamos estresados, a menudo, establecemos un diálogo interno negativo *antes* de enfrentarnos a situaciones futuras, provocando una retroalimentación de nuestro estado de estrés.

El entrenamiento en autoinstrucciones es conveniente utilizarlo para modificar o contrarrestar los efectos de “pensamientos automáticos” que interfieren con *la ejecución* correcta de una tarea o el afrontamiento de una situación, es decir, supone instaurar verbalizaciones internas adecuadas que permitan guiar con éxito la propia conducta¹⁷⁻¹⁸.

Frente a una tarea delicada o compleja, en situaciones de estrés/ansiedad, nosotros mismos podemos dictarnos los pasos que hay que seguir. ¿Quien no recuerda la primera vez que se montó en un coche solo, después de sacarse el carnet de conducir? ¿Qué nos decíamos?:... “Bueno, tranquilo, ponte el cinturón, colócate los retrovisores, mete punto muerto y arranca, aprieta el embrague y mete la marcha, da el intermitente, etc., e íbamos diciendo en voz alta o para nosotros (mentalmente) todas las cosas que teníamos que hacer hasta llegar a nuestro destino”.

Toda situación, estresora o no, tiene unas fases que se reflejan en *un antes, un durante y un después*¹⁹:

- *Fase de preparación:*
Es todo aquello que nos decimos antes de enfrentarnos a la situación temida.
- *Fase de enfrentamiento:*
Lo que nos decimos cuando estamos afrontando la situación.
- *Fase de resolución:*
Lo que nos decimos una vez que ha pasado y finalizado la situación.

Arturo es socorrista en una piscina municipal y acaba de ser trasladado a una de las playas de más afluencia de público de su ciudad. Sabe perfectamente que las condiciones de salvamento y rescate en el mar son totalmente diferentes a las de la piscina (la temperatura del agua, la distancia a recorrer puede verse incrementada sustancialmente, las condiciones de la propia mar, la marea, la “resaca”, las olas, etc. Se siente intranquilo al pensar si tendrá la misma capacidad de ejecución y eficacia que en la piscina (que lo tenía “todo controlado”), si podrá tener la suficiente resistencia y aguante, si podrá remolcar a cualquier persona de constitución mayor a la suya con condiciones adversas del mar, etc.. Todas estas incertidumbres le están generando problemas para dormir, con el consiguiente “arrastre” de cansancio y un estado de ansiedad permanente cada vez que entra de guardia y se sube a su torre de vigilancia.

3.3.1. Características de aplicación de la técnica

El entrenamiento en autoinstrucciones consiste en la elaboración de una lista de mensajes para antes, durante y después de enfrentarse a las actividades que requieran un vencimiento. Dichos mensajes nos los podemos decir en voz alta o para nosotros mismos.

Es importante generar el mayor número posible de autoverbalizaciones, y han de tener las siguientes características:

- Frases cortas.
- Que impliquen al profesional en la tarea.
- Personalizadas según su tipo de vocabulario o su forma más habitual de expresión.
- Enunciadas en positivo, desde un marco realista.

Para tener una correcta *guía de respuesta* hemos de incluir mensajes para todas las fases de la situación y dirigidos a múltiples objetivos:

- Han de reforzar nuestras actitudes previas de confianza y seguridad.
- Han de ir dirigidas hacia la tarea (Objetivos específicos y de uno en uno).
- Han de reforzar el mantenimiento en la ejecución y/o en la situación.
- Han de ir encaminadas a combatir las emociones negativas que puedan aparecer en el transcurso de la acción, *no a eliminarlas*
- Han de reforzar nuestras habilidades/capacidades para afrontar la situación.
- Han de reforzar el éxito por la ejecución bien realizada.

3.3.2. *Procedimiento de aplicación*

La modificación de nuestro diálogo interno, *se verá reforzado*, si lo utilizamos con alguna de las técnicas de autocontrol emocional que hemos visto anteriormente. Los pasos a seguir son los siguientes:

- A) Determinar cual/es son las situaciones/tareas complejas que pueden poner en riesgo la eficacia de mi acción.
- B) Hacer conscientes las autoinstrucciones, tanto positivas como en negativo, que nos podamos decir en la situación (antes, durante y después).
- C) Discusión interna respecto de la veracidad o falsedad de las autoinstrucciones que me digo.
- D) Sustituir los mensajes falsos y negativos por autoinstrucciones positivas y eficaces.
- E) Elaborar autoinstrucciones para diferentes situaciones con las que me suelo encontrar en mi trabajo, y ponerlas en práctica siempre que pueda.

Arturo pensó que la situación más difícil y compleja a la que se tendría que enfrentar sería: “Rescatar a un varón de complexión gruesa a 200 metros”. Determinó que las mejores expresiones que le podían ayudar a superar con éxito sus incertidumbres fueron:

- Para el antes (Fase de preparación):
 - Reforzadoras de actitudes: “Estoy bien preparado, soy un buen candidato para este puesto, tengo capacitación y experiencia, me va a ir bien”.
- Para el durante (Fase de enfrentamiento):
 - Dirigidas hacia la tarea: “tengo una buena sincronización entre mi respiración y mi brazada, si está consciente he de tranquilizarle... sé hacerlo, vigilo en todo momento mi postura de natación, control o rescate”.
 - Reforzadoras de mantenimiento: “Puedo con cualquier adulto, en el agua los cuerpos pesan menos, estoy cansado pero puedo seguir con la patada, lo estoy haciendo bien, si me canso... puedo regular mi ritmo”.
 - Combatir emociones y/o estados: “Tranquilo..., céntrate en la brazada y relájate, va a terminar pronto”.
 - Reforzadoras de capacidades: “Soy un buen nadador, me entreno a diario, estoy en plena forma”.
- Para el después (Fase de resolución):
 - Reforzadoras del éxito: “¡Terminé!...lo hice bien, ya me puedo relajar, estoy orgulloso de mí mismo, lo conseguí”.

Se ha de poner en práctica, tantas y cuantas veces sea necesario hasta tener una *vivenciación* clara, sentida y definida de autoeficacia en la tarea a realizar.

4. Técnicas para modificar la activación motora

Las técnicas motoras tienen como finalidad el autocontrol de las acciones a emprender, con el objeto de disminuir los problemas de ejecución en el desempeño del trabajo.

La mejor forma de intentar evitar que un estado de estrés influya en la calidad y eficacia de nuestras acciones motoras, es haciendo que éstas estén lo más automatizadas posibles en nuestro repertorio de capacidades.

*El estrés y/o la ansiedad “chocan” directa e inversamente
con el rendimiento.*

A mayor estrés, peor rendimiento.

4.1. Práctica diaria

El entrenamiento sistemático de nuestras acciones va a generar una habituación de movimientos que nos va a permitir el poder estar por delante de las acciones a emprender. Cuando tenemos habituales determinados protocolos de acción, no nos planteamos cuestiones del tipo: si nos cuesta o no llevar a cabo la acción, si es difícil o fácil..., simplemente la hacemos, lo cual, siempre nos va a dar una mayor sensación de control, eficacia y valía personal.

*Trabajar mejor en lugar de más, combate el estrés
y aumenta nuestra autoeficacia.*

El tener sistematizadas nuestras acciones no va a evitar, que en ocasiones, podamos cometer errores y equivocarnos, pero si va a disminuir, en mucho, la probabilidad de que eso ocurra.

Además del entrenamiento diario, podemos llevar a cabo pequeñas acciones complementarias que pueden producir cambios significativos en nuestra forma de afrontar nuestro trabajo:

1. Hacer la misma cosa de manera distinta: huir de la rutina. Tener “en la recámara” alternativas de acción, proporciona un mayor sentido de autonomía.

2. Planificación adecuada de nuestro tiempo: No hay que subestimar el valor de tomar rutinariamente ciertas precauciones. Hay que comprobar nuestros recursos para utilizarlos con eficiencia.
3. Trabajar mentalmente las tareas a realizar de nuestros protocolos de intervención, colocándolas en orden de prioridad, teniendo en cuenta las más urgentes.
4. Completar una tarea cada vez, intentando pensar únicamente en la que estamos realizando en ese momento, pensar en todo lo demás roba tiempo y energía que necesitaremos para la tarea que tenemos entre manos. Si surge una nueva, la colocaremos por orden de prioridad. Un signo de profesionalidad es la flexibilidad.
5. Capacidad de autorregulación del esfuerzo, puesto que en situaciones de elevado estrés la señal del cansancio no aparece con su función de alarma, sino que puede demorarse hasta límites realmente insospechados. Puede ocurrir que aunque un profesional esté físicamente agotado no se aperciba de ello y siga trabajando pudiendo exponer tanto a compañeros, a las víctimas como a sí mismo, a situaciones de riesgo como consecuencia de los fallos o errores humanos que pueda cometer.

4.2. Solución de problemas

Una situación se constituye en un problema cuando no podemos dar una solución efectiva a esa situación. El fracaso repetido en la resolución de un problema provoca un malestar crónico, ansiedad, sensación de impotencia, etc. que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones.

La técnica de solución de problemas pretende:

- 1) Ayudar a la persona a reconocer un problema en el momento en que comienza a presentarse.
- 2) Inhibir la tendencia a responder a una situación problemática de forma impulsiva.
- 3) Facilitar una amplia gama de posibles respuestas adecuadas a la situación y establecer un procedimiento para escoger la respuesta más conveniente al problema.
- 4) El resultado será una mayor eficacia para enfrentarse a los problemas, así como una reducción de las posibles respuestas emocionales (como la ansiedad) asociadas a éstos.

La técnica de Solución de Problemas implica un procedimiento que puede ser utilizado para ayudar a personas afectadas. No obstante, su aplicación requiere un tiempo y un estado emocional de la persona afectada –que le permita pensar y valorar alternativas– que hace del empleo de esta técnica en situaciones de emergencia, algo puntual y adecuado sólo a situaciones en las que se cumplan estas condiciones. Si la situación de emergencia no nos permite disponer del tiempo necesario, o la persona afectada está emocionalmente desestabilizada, hay que ser precavidos con la elección de este procedimiento.

Rebeca es una madre de familia a la cual, le comunicaron el día anterior, que su marido había sido víctima del descarrilamiento del tren en el que viajaba. Fue trasladado en estado crítico al hospital y fue operado a vida o muerte. Los médicos han informado a Rebeca que su marido está en coma y tiene pocas posibilidades de salir adelante y que en el caso de que lo haga, no saben cuál va a ser el alcance de las secuelas, ni el tipo de vida que va a poder llevar en adelante. Rebeca ha permanecido acompañada de familiares. A la mañana siguiente acude sola a la sala de de Identificación de Objetos, para tratar de recoger las cosas que portaba su marido. En el proceso, es acompañado por una psicóloga emergencista, del dispositivo de apoyo establecido.

4.2.1. Procedimiento de aplicación

Con esta técnica se intenta ayudar a la persona a decidir cuáles son las soluciones más adecuadas a un problema²⁰⁻²².

Los pasos son los siguientes:

- A) Identificación y descripción del problema de forma clara, rápida y precisa: esta descripción ha de realizarse en unos términos que impliquen conductas propias para resolver ese problema:
 - Qué sucede, cuándo, dónde, cómo, personas implicadas, qué hago, qué pienso, qué siento, qué deseo...

Rebeca: “Mi vida se ha acabado, me siento sin fuerzas, me veo impotente para hacer frente a las cosas... No sé cómo voy a resolver lo que me viene encima... ¡Qué va a ser de mis hijos!”.

Psicóloga: “Te sientes impotente ante cosas que te van a llegar y te preocupan tus hijos, ¿Cuántos hijos tienes? /.../ ¿Qué edades tienen?”.

Rebeca: “Tengo dos /.../ Tienen 6 y 8 años”.

Psicóloga: “¿Qué es lo que hay que resolver?”.

Rebeca: “Todo... quién va a llevar a Mario y a Jorge al colegio, las finanzas las llevaba mi esposo, yo no tengo ni idea de dinero, cuando me pregunten dónde está papá... ¡Qué les voy a decir! La disciplina la solía poner Pedro...”.

Psicóloga: “Es cierto que ahora son demasiadas preguntas sin respuesta y observándolas todas a la vez, hace que veas la situación todavía mucho más compleja, ya que sólo ves problemas y no aportas soluciones”.

Rebeca: “No sé cómo hacerlo”.

Psicóloga: “Me gustaría poder ayudarte. Para ello me gustaría centrarme en una sola de las cuestiones que has planteado y ver cómo podemos solucionarlo y después seguir con las siguientes. Nos será más útil ir de una en una que abordar todas a la vez. ¿Te parece bien?”.

Rebeca: “Está bien”.

Psicóloga: “Muy bien, lo que me planteas es que no sabes quién va a poder llevar a tus hijos todos los días al colegio, por ello te sientes mal, abatida y sin fuerzas... ¿Es correcto?”.

B) Buscar varias posibles soluciones o respuestas que puede tener el problema considerándolo desde distintos puntos de vista. En esta fase se hace una “*Tormenta o tempestad de ideas*” para conseguir los objetivos recientemente formulados. Tiene las siguientes normas básicas:

- Se excluyen las críticas.
- Todo vale mientras se resuelva el problema.

- Lo mejor es la cantidad, cuantas más soluciones, más probabilidad de resolver la situación conflictiva.
- Lo importante es la combinación y la mejora.

Psicóloga: “¿Por qué no podrías ser tú la encargada de llevar a los niños al colegio?”.

Rebeca: “Entro a trabajar a las 9, la misma hora que ellos y si les dejara yo, no llegaría a tiempo a mi trabajo”.

Psicóloga: “Bien, de tu entorno personal, ¿Cuántas personas crees que te podrían ayudar para que los niños estuvieran en el colegio a la hora y tú no llegaras tarde al tuyo?”.

Rebeca: “No sé... todo el mundo tiene su vida y cosas que hacer”.

Psicóloga: “Seguro que es así, Rebeca. Ya veremos después las dificultades de cada persona elegida y si pueden o no, así que, inicialmente ¿Con quién crees que podrías contar?”.

Rebeca: “Bueno, podría ayudarme mi hermana, a mis padres creo que también se lo podría pedir”.

Psicóloga: “¿Alguna persona más?”.

Rebeca: “Mi vecina Yolanda”.

Psicóloga: “Perfecto. Antes me has comentado que entras a trabajar a las 9 ¿Es un horario rígido, es decir, tienes que ‘fichar’ en tu trabajo o podría haber alguna posibilidad de recuperar el tiempo de retraso si pudieras ser tú la que llevaras a los niños?”.

Rebeca: “Ya te he dicho que entro a la misma hora”.

Psicóloga: “Sí, es cierto que me lo has dicho. Mi deseo es ayudarte y buscar la mejor opción posible y la más adecuada para resolver el problema que nos ocupa”. Me gustaría que me respondieras”.

Rebeca: “Bueno, creo que podría recuperar el tiempo al final de la jornada y salir un poco más tarde pero eso me retrasaría el resto del día”.

Psicóloga: “De acuerdo Rebeca, ahora hablaremos de las dificultades que eso conlleva. En resumen me has dicho que hay cuatro personas que podrían ayudarte y que son tus padres, tu hermana, una vecina y aún habría que ver si tú podrías, ¿es correcto?”.

Rebeca: “Sí”.

C) Llevar a cabo un procedimiento de análisis y ponderación de las distintas alternativas de respuesta para decidir la solución más idónea a ese problema y qué vamos a realizar: los criterios más relevantes para evaluar las alternativas, pueden venir dados por la respuesta a los siguientes interrogantes, que toman como base la viabilidad y la pertinencia:

- ¿Qué consecuencias previsibles va a tener la alternativa?, ¿cómo son de probables y de deseables?, ¿cuáles son las ventajas y los inconvenientes?, ¿qué cambios tendremos que realizar para implantar la alternativa que se está analizando?, ¿cómo gestionaremos las resistencias al cambio?, ¿tenemos los recursos para llevarla a la práctica?, ¿disponemos del tiempo suficiente para aplicarla?, ¿cuál es el apoyo u oposición que va a tener la alternativa?, ¿cuáles son los criterios que se deben respetar, bien porque así lo exigen las condiciones y limitaciones objetivas de la organización, bien porque los interlocutores así lo deciden?
- En función de todo lo anterior, ¿cuál es la alternativa/s prioritaria/s de elección?

Psicóloga: “¿Qué dificultades ves para que fueran tus padres los que se encargaran de momento, de llevar a los niños al colegio?”.

Rebeca: “No viven cerca de casa y tendrían que madrugar bastante para llegar a tiempo, además son bastante mayores y mi padre no es que esté demasiado bien de salud”.

Psicóloga: “Bueno no sería necesario que vinieran los dos, con que viniera uno de ellos sería suficiente, ¿no crees?”.

Rebeca: “Sí. Sería mi madre pero entonces mi padre se quedaría solo y si necesitara algo, no tendría ayuda”.

Psicóloga: “Bien, entiendo las dificultades que eso conllevaría. Pasemos a tu hermana, ¿ves algún inconveniente para que ella se hiciera cargo?”.

Rebeca: “La verdad es que sus hijos van al mismo colegio pero como te he dicho, ella también tendrá que hacer sus cosas”.

Psicóloga: “No me cabe duda y lo que no deseamos es generar un

nuevo problema para resolver el que tenemos encima, como en el caso de tu padre, pero al fin y al cabo, si tu hermana lleva a sus hijos al colegio, es un tiempo que tiene destinado todos los días para ello y podría encargarse de llevar a los tuyos, ¿no crees?”.

Rebeca: “Sí pero sería un fastidio, no es lo mismo llevar a 2 que a 4 niños”.

Psicóloga: “Bueno, eso es algo que tendría que determinar ella y ver si se ve capaz. No quiero que pienses por los demás, ¿de acuerdo?, por otro lado ¿ves alguna ventaja a esta opción?”.

Rebeca: “El que fueran todos los primos juntos sería muy bueno, se ven poco porque van a cursos diferentes. Además creo que podrían ayudar a mis hijos a estar más distraídos, ¿no crees?”.

Psicóloga: “Sería muy bueno Rebeca. ¿Qué me dices de tu vecina?”.

Rebeca: “La verdad es que no lo sé”.

Psicóloga: “¿Tienes confianza con ella?”.

Rebeca: “No es que seamos amigas pero nos hemos hecho favores mutuos”.

Psicóloga: “¿Ves alguna dificultad en que se pudiera encargar de tus hijos?”.

Rebeca: “No creo, pero no sé”.

Psicóloga: “¿Y alguna ventaja?”.

Rebeca: “Bueno, saldrían de casa a la misma hora de siempre y mantendrían los mismos hábitos”.

Psicóloga: “Muy bien y, por último, ¿qué me dices de ti?”.

Rebeca: “La verdad, es que yo preferiría seguir saliendo a la misma hora, tengo el tiempo organizado en función de la hora a la que suelo salir”.

Psicóloga: “Muy bien, entonces de las opciones positivas que tenemos, tu hermana y vecina, ¿cuál consideras que sería mejor tanto para ti como para tus hijos?”.

Rebeca: “Prefiero la de mi hermana, sobretodo por lo que hemos comentado de verse más con sus primos y estar más distraídos”.

Psicóloga: “Perfecto”.

D) Elegir los pasos que se han de dar para su puesta en práctica y llevarlos a cabo.

Psicóloga: “¿Qué tendrías que hacer para ver si tu hermana se pudiera encargar de tus hijos?”.

Rebeca: “Hablar con ella”.

Psicóloga: “Hablar con ella –repite, asintiendo–. ¿Cuándo podrías hacerlo?”.

Rebeca: “No sé, tengo tantas cosas en la cabeza”.

Psicóloga: “Lo sé, y como hemos hablado antes, de lo que se trata es que vayamos quitándonos de la cabeza aquellos problemas que nos van surgiendo para poder pensar en otros e ir dando pequeñas soluciones a los conflictos que van apareciendo”.

Rebeca: “Luego va a venir, podría hacerlo en ese momento”.

Psicóloga: “Muy bien, una vez resuelto este problema, me gustaría poder seguir ayudándote a resolver el resto de las cuestiones anteriores”.

Rebeca: “¿Y si me dijera que no?”.

Psicóloga: “Entonces valoraríamos la siguiente opción pero de lo que quiero que te des cuenta, es que tenemos alternativas para solucionar lo que nos preocupa o para ayudar a sobrellevar el duro trance por el que estás pasando”.

Rebeca: “Gracias”.

Psicóloga: “¿Te encuentras un poco más aliviada?, /.../ ¿Quieres que continuemos?”.

Rebeca: “Sí /.../ Sí, vamos a continuar...”.

E) Evaluar los resultados obtenidos al llevar a cabo la solución elegida: ¿Sucedan las cosas tal como estaban previstas?, si no son positivos, es necesario volver a anteriores pasos.

Recuerda

- Las técnicas fisiológicas están encaminadas a reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico consiguiente al estrés experimentado.
- La relajación se ha de poner en práctica al detectarse las primeras señales de tensión o ansiedad, no se ha de esperar a que se sigan acumulando.
- Las técnicas cognitivas se utilizan para cambiar el pensamiento, modificar las evaluaciones erróneas o negativas respecto de las demandas o de los propios recursos del individuo para afrontarlas y facilitar una reestructuración de los esquemas cognitivos.
- La detención del pensamiento es efectiva para tratar pensamientos estresores obsesivos, es decir, cuando el problema de conducta está localizado a nivel del pensamiento y tanto éstos como sus imágenes asociadas se sienten de forma desagradable y conducen a estados emocionales perturbadores.
- Las personas siempre se hablan a si mismas. Lo que se dicen y cómo se lo dicen afecta a sus emociones.
- Los pensamientos crean las emociones, es decir, nuestros estados de ánimo dependen de lo que pensamos.
- Los errores de atribución influyen en las emociones y en la conducta.
- Las autoinstrucciones es lo que me digo a mí mismo, ya sea antes de enfrentarme a la tarea que requiere vencimiento, ya sea durante o después de haberla superado.
- En una situación de estrés si nos damos instrucciones de qué es lo que hemos de hacer, bloqueamos el paso a pensamientos alarmistas y mantenemos la atención focalizada en nuestro objetivo y en mejorar las expectativas de autoeficacia.
- Las técnicas motoras se utilizan para promover conductas adaptativas, dotando al individuo de una serie de estrategias de comportamiento que le ayuden a afrontar los problemas.

- El entrenamiento y la práctica frecuente va a facilitar que el estrés no deteriore el rendimiento.
- No existen los problemas, lo que existen son soluciones ineficaces.

Para complementar

- Dyer, W. (1994). *Tus zonas erróneas*. Barcelona: Grijalbo.
- Ellis, A. (2000). *Controle su ansiedad antes de que le controle a usted*. Barcelona: Paidós.
- Golfried, M. (1996). *De la terapia Cognitivo-Conductual a la Psicoterapia de Integración*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Greenberger, D. & Padesky, C. A. (1998). *El control de tu estado de ánimo*. Barcelona: Paidós.
- Mahoney, M. (1983). *Cognición y Modificación de Conducta*. México: Trillas.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-Behaviour Modification*. Nueva York: Plenum.
- Olivares, J. & Méndez, F. (1998). *Técnicas de Modificación de Conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ruiz Fernández, M.A. (1993). "Técnicas cognitivas y terapias cognitivo-conductuales". En M.A. Vallejo, y M.A. Ruiz (Comp.). *Manual práctico de modificación de conducta*, Tomo 2. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Seligman, M. (1990). *El optimismo se adquiere*. Buenos Aires: Atlántida.
- Bernstein, D.A. y Borkovec, T.D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao, Desclée De Brouwer.
- Cautela, J.R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación*. Barcelona. Martínez Roca.
- Jacobson, E. (1974). *Progressive Relaxation*. Chicago: The University of Chicago Press, Midway Reprint.
- Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. Nueva York: Pergamon Press.

Referencias bibliográficas

1. Jacobson, E. (1974). *Progressive Relaxation*. Chicago: The University of Chicago Press, Midway Reprint.
2. Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Bilbao: Desclée De Brouwer.
3. Cautela, J.R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de Relajación*. Barcelona: Martínez Roca. (Original, 1978).
4. Wolpe, J. (1969). *The Practice of Behavior Therapy*. Nueva York: Pergamon Press.
5. Smith, J.C. (1992): *Entrenamiento cognitivo-conductual para la relajación progresiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
6. Labrador, F.J. (1992). *El estrés. Nuevas técnicas para su control*. Madrid: Temas de Hoy.
7. Davis, M.; McKay, M. y Eshelman, E. R. (1990). *Técnicas de auto-control emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
8. Peiró, J.M. y Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
9. Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. y Emery, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
10. Beck, A. (1984). Cognitive approaches to stress. En R. Woolfolk, y C. Lehrer (Comps.). *Principles and practice of stress management*. Nueva York: Guilford Press.
11. Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva: conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
12. Bernard, M. y Ellis, A. (1990). *Aplicaciones clínicas de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
13. Ellis, A. (1980): *Razón y emoción en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
14. Ellis, A. y Dryden, W. (1987). *Práctica de la terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
15. Ellis, A. y Irving, M. (1992). *La felicidad personal al alcance de su mano*. Deusto: Biblioteca Deusto.
16. Andrés, V. y Bas, F. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.

17. Escurselle, R. (1997). "Condicionamiento encubierto". En Labrador F. y Muñoz, J. (1997). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
18. Fernández, M. (1997). "Control del diálogo interno y autoinstrucciones". En Labrador F. y Muñoz, J. (1997). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.
19. McKay, M.; Davis, M. y Fanning, P. (1988). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
20. D'Zurilla, T.J. y Goldfried, M.R. (1971). "Problem-solving and behavior modification". *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
21. D'Zurilla, T.J. (1993). *Terapia de resolución de conflictos*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
22. Becoña, E. (1997). "Técnicas de solución de problemas". En Labrador F. y Muñoz, J. (1997). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

4

Elementos básicos para la comunicación efectiva con afectados

Enrique Parada Torres

En este capítulo vamos a tratar sobre:

- Los principios de la comunicación presentes en la interacción con las personas afectadas.
- Los componentes de la comunicación que el agente de ayuda va a utilizar para una eficaz comunicación con las personas afectadas.
- Los recursos interpersonales básicos de comunicación para atender a las personas afectadas.

1. Introducción

Se ha producido un derrumbamiento fortuito de un edificio. Entre los escombros se oyen voces de personas atrapadas. Es imposible acceder a ellas mientras no se retiren y claramente se aprecia que va a ser un trabajo de bastantes minutos. Los emergencistas trabajan intensamente para acceder a las víctimas. Mientras se esfuerzan por despejar el acceso a ellas, no dejan de hablarlas. Quieren transmitirles tranquilidad, control de la situación y esperanza sobre la ayuda que les van a proporcionar.

En primer lugar, recordémonos que en las profesiones de socorro y emergencias el objeto de trabajo de estos profesionales son las personas que de una forma u otra, se han visto afectadas por la situación.

*En las profesiones de socorro y emergencia trabajamos
por y para las personas afectadas.*

En el proceso de ayuda, el profesional se vale de diverso instrumental para desempeñar su trabajo (material de salvamento, material sanitario, etc.). Añadidos a estos recursos, hay una “herramienta” básica y fundamental, que el agente de ayuda siempre lleva consigo para facilitar el encuentro con la biografía de la persona afectada: *La comunicación*. Mientras se auxilia a una persona herida, que necesita ser rescatada, o que está siendo trasladada a un lugar donde se le atienda aún mejor, etc., el agente de ayuda tiene la oportunidad de influir positivamente:

- En el proceso de ayuda.
- En el afrontamiento funcional de lo que la persona está viviendo (como afectado directo, como familiar, etc.).

Para ello, su herramienta fundamental de interacción, la comunicación, llena de grados, calibres, componentes, y variantes, se con-

vierte en una mochila que siempre lleva puesta, lista para utilizar, extrayendo lo que se pueda considerar más útil con esa persona, en ese momento y en esa situación.

La comunicación es la herramienta básica y fundamental que el agente de ayuda siempre lleva consigo y puede emplear durante la atención a las personas afectadas.

Precisamente por ir siempre con nosotros y utilizarla día a día con tanta frecuencia, en ocasiones no somos conscientes de la importancia que puede cobrar el utilizarla “con cabeza” durante el desempeño de nuestra labor de ayuda. A veces es muy sencillo pasar por alto lo que decimos, igual que no somos conscientes de tantas otras cosas. No somos conscientes de cómo bajamos unas escaleras paso a paso, salvo que estemos frente a una escalera “delicada” por su gran inclinación, por la fragilidad de los peldaños, por ser resbaladiza, etc. Del mismo modo, cuanto más delicada sea la interacción con la persona que tenemos frente a nosotros durante la emergencia (y suelen ser “delicadas” la mayoría de estas interacciones), más cuidado conviene que tengamos en nuestro “descenso o ascenso al lugar al que queremos llegar con ella” y en el proceso comunicativo que promovemos en cada momento.

2. Principios básicos de la comunicación

Para poder comprender las dinámicas que a veces surgen entre agente de ayuda y persona ayudada y poder elegir entre los diversos posibles mensajes y/o conversaciones que podemos establecer con los afectados, conviene tener en cuenta los principios básicos de comunicación que a continuación vamos a ver.

- La NO comunicación es imposible entre el interviniente y la persona afectada.

Siempre que dos o más personas se perciben y están presentes en un mismo contexto, no pueden NO comunicarse¹.

- Una mujer entra en un autobús y avanza por el pasillo central esquivando a las personas que van de pie sin decir nada... Puede estar comunicando: “No quiero chocar contigo, pero tampoco pedirte que te apartes si puedo esquivarte por mí misma”.
- Una persona tras un accidente de tráfico está sentada en el suelo. Se agarra un brazo que claramente está luxado a la altura del codo. Grita pidiendo ayuda a los sanitarios cuando estos se bajan de la ambulancia. Los sanitarios le observan de lejos y pasan de largo para dirigirse a un grupo de personas aparentemente inconscientes... ¿Qué pueden estar comunicando los sanitarios?
- Un policía llega en primer lugar ante una persona consciente que tiene un scalp (desprendimiento del cuero cabelludo) y el rostro cubierto de sangre. El policía le mira horrorizado y llevándose las manos a la cabeza se vuelve y vocifera ¡Un médico, rápido, un médico!... ¿Qué puede estar comunicando el policía a la persona herida?

- La comunicación tiene un componente de contenido y un componente de relación.

La comunicación sirve para intercambiar información –contenido–, pero también para definir la relación del emisor con el receptor y el contexto en la que esta relación se establece. Es decir, que no sólo nos centramos en la información que nos da el emisor sino en quien es, la forma en que se comunica, el lugar, los roles que cada uno asume, etc. Esto es el nivel de relación.

Un joven ha sufrido un atropello cuando cruzaba por un paso de peatones. Tiene herida la pierna y un traumatismo craneoencefálico. Sus amigos y otras personas que se han acercado le dicen que no se mueva, pero el joven, ansioso, se incorpora del suelo y agita la cabeza periódicamente mientras se queja.

La policía local llega inmediatamente. Mari Carmen, una de las agentes, se acerca al joven y le dice con firmeza que permanezca en el suelo sin moverse hasta que llegue el equipo sanitario, a la vez que le ayuda a tumbarse con cuidado.

Para este joven, la figura de autoridad y control representada por la agente, ha sido lo suficientemente “válida” y persuasiva como para acceder a hacer aquello a lo que se resistía con sus amigos. ¿Habría ocurrido lo mismo si Mari Carmen hubiera sido una de las amigas del joven?

En numerosas ocasiones, incluyendo las situaciones de emergencia, la relación es mucho más importante que la misma información. De aquí, entonces, que digamos que el componente de relación es una *metacomunicación*. Con la información damos una primera comunicación, con la relación que tenemos al transmitir la información damos otra segunda comunicación (de aquí que se le llame metacomunicación, es decir, comunicación sobre la comunicación). Emisor y receptor eligen no siempre conscientemente, el tipo de relación que tienen entre sí. Los llamados “exceso o falta de confianza” por ejemplo, tienen que ver con esta metacomunicación.

- Lo que queremos comunicar no siempre es lo que la persona entiende.

Podemos pensar que hay una buena comunicación cuando el mensaje de un transmisor A –p.e. un interviniente–, es correctamente entendido por un receptor B –una persona ayudada–.

Más adelante hablaremos de la influencia de nuestro comportamiento verbal, paralingüístico y no verbal respecto a este principio.

Hay un factor muy importante, que va a condicionar algunas tareas comunicativas del agente de ayuda en situaciones de emergencia y que nos lleva a otro principio básico:

- No existe una única realidad, sino tantas como observadores de ésta².

Como ya apuntamos en el capítulo 1º, refiriéndonos al comportamiento humano, lo que cada uno de nosotros considera “real” es la opinión que nos hemos hecho de los estímulos y dinámicas que nos rodean.

Una vez conocida la teoría de la gravedad de Newton, cualquiera de sus conocedores estaremos de acuerdo con que al soltar un objeto sólido como una manzana, ésta caerá hasta tomar contacto con la superficie terrestre que tenga más cercana, si nada se lo impide.

Parece ser, como afirma Watzlawick³ que *aunque preferiríamos pensar que vivimos en un mundo de realidad, la realidad es que vivimos en un mundo de opiniones personales* o, añadiríamos, opiniones consensuadas en muchos casos.

Consideramos como un hecho real y correcto, aplicar el protocolo de Reanimación Cardio-Pulmonar Básica según las últimas recomendaciones. ¿Qué habríamos pensado de sus beneficios si alguien nos hubiera recomendado estas acciones hace un par de siglos?

En las interacciones entre el agente de ayuda y la persona afectada, se ponen de relieve las opiniones, creencias y en definitiva, la “visión del mundo” de cada parte. Veamos la interpretación y las distintas valoraciones de la situación que hacen las personas en las siguientes situaciones:

- Los servicios de Protección Civil, asesorados por los bomberos, tratan de evacuar a los habitantes de una zona de chalets, quienes observan un incendio forestal a algunos kilómetros de dónde ellos se encuentran. Los habitantes se resisten a irse ya que en su opinión el incendio está ocurriendo lejos. Los bomberos han comprobado que hay rachas de viento cambiantes con tendencia a soplar en la dirección de los chalets y consideran peligroso que la zona permanezca habitada.
- Un miembro de los servicios de emergencia habla con un suicida que permanece agarrado a la parte exterior de la terraza de un 5º piso. El agente le comenta que la vida es muy bonita y que merece ser vivida y disfrutada. El suicida, sin embargo, piensa todo lo contrario...
- En un parque acuático, un niño se ha caído y se ha hecho una pequeña herida en la cabeza. El médico le ha curado y el socorrista trata de consolarle diciéndole que no ha sido nada, dada la levedad de la herida y que el dolor se le pasará enseguida. El niño llora desconsolado. Le han dicho que no puede seguir usando las atracciones acuáticas que le gustan, para no mojar la cabeza. Le queda todo el día por delante y sus hermanos seguirán divirtiéndose, mientras que él...

Más allá de si el agente de ayuda ha actuado correctamente o no, lo que corresponde analizar en los ejemplos es si estaban “hablando de lo mismo”.

En la comunicación en situaciones de emergencia, siempre que sea posible –y como veremos más adelante, puede serlo en más ocasiones de las que a veces pensamos–, conviene que comprendamos todo lo que podamos la visión de la situación de la persona afectada y tratemos de comunicarnos, especialmente si es para persuadirla (p.e. a que se deje ayudar, a que colabore, etc.), de manera consonante con dicha visión. En caso contrario, los objetivos, especialmente los que tienen que ver con persuadir y motivar cambios de conducta en la persona afectada, van a ser más difíciles de alcanzar.

2.2. La comunicación entre emergencista y persona afectada: *Transacción de dos realidades interpersonales*

Para resumir y completar lo apuntado en los párrafos anteriores, recordamos el modelo ABC de Costa y López descrito en el 1º capítulo para hablar del comportamiento humano en emergencias. Este nos sirve también para hablar de un ABC de la comunicación; un ABC de transacciones interpersonales entre agente de ayuda y persona ayudada cuyas características destacables son⁴:

Características de la Comunicación Interpersonal de Ayuda

1. Es una transacción biográfica	La comunicación va a ser una experiencia transaccional entre biografías enteras, cada una con su carga histórica y personal.
2. De naturaleza conductual	La comunicación no es algo intangible. Emergencista y persona ayudada van a comunicarse a partir de la percepción de las <i>acciones</i> del otro. Percepciones que impregnarán el resto de las dimensiones de la biografía (biología, cogniciones, emociones y acciones).
3. De influencia inevitable	Igual que es imposible la no comunicación, en el encuentro entre dos biografías, es imposible la no influencia, dado dicho encuentro.
4. Comprometida	La situación de emergencia constituye un encuentro en el que ha de pretenderse el establecimiento mutuo de objetivos, tareas y responsabilidades aliadas para afrontar la situación problema.
5. Entrelazada por funciones (antecedentes y consecuencias) que ambas partes producen	El proceso de transacción genera roles de emisor y receptor y acciones que se convierten en antecedentes o consecuencias. Todo este proceso construye el clima de influencia mutua y la dinámica del encuentro que contribuye al afrontamiento funcional o no de la situación de emergencia.
6. En un escenario con normas y reglas	El nivel de relación condiciona los comportamientos y el resto de dimensiones de las biografías de emergencista y persona ayudada.
7. Y en diferentes escenarios	El contexto, va a condicionar de igual forma, los comportamientos y el resto de dimensiones de las biografías de emergencista y persona ayudada.
8. Que afectan y dejan huella	El encuentro interpersonal deja huella en ambas partes. No sólo es el continente que porta y administra las técnicas, sino que él mismo es un “principio activo” de influencia.
9. Cambia la perspectiva	La relación de ayuda durante la situación de emergencia pretende introducir o reforzar en la persona ayudada una perspectiva funcional respecto al afrontamiento o solución del evento. Esta perspectiva puede ser más inmediata o puntual, o constituir todo un proceso de ayuda para un cambio de perspectiva más “molecular” y biográficamente más profundo.

2.3. ¿Y cómo pretendes hacerlo? Perspectiva de la relación de ayuda en la transacción comunicativa

El vacío creado en la incapacidad de comunicar no tarda en llenarse de veneno, de necesidades y de representaciones erróneas.

C.Northcote Parkinson

En algunas situaciones de emergencia, vamos a encontrarnos a personas afectadas que están valorando su situación de forma distinta a como lo hace el emergencista. Aún más, los objetivos de la persona afectada son bien distintos a los que, desde su condición de experto, tiene el profesional.

Un joven ha sufrido un accidente en una ladera mientras esquiaba fuera de pista. Se ha fracturado al menos una pierna y un brazo. Uno de sus esquís parece haber desaparecido. El joven se niega a ser evacuado por el equipo de rescate, sin encontrar antes su esquí. Incluso hace ademán de ponerse en pie para buscarlo él.

En situaciones de discrepancia respecto a las valoraciones que el emergencista y la persona ayudada hacen de una situación de emergencia, el primero cuenta con dos opciones⁵:

- 1) Cambiar las condiciones de realidad pertinentes a la persona ayudada.

Por ejemplo demostrando hechos, modificando estímulos o condiciones ambientales significativas, instigándola a actuar y comprobar resultados, etc.

A doscientos metros de la playa, una mujer sexagenaria se percata de que una ligera corriente la aleja de la orilla. Avisados desde la torre de vigilancia, el equipo de una de las embarcaciones de salvamento se dirige hacia ella. Axier, uno de los socorristas, salta para nadar hacia la mujer mientras la escucha gritar “¡¡me ahogo, me ahogo!!” Tras pasar el dispositivo flotante de rescate (DFR) alrededor de la víctima, le repite una y otra vez que ya no se hunde. La mujer, poco a poco deja de agitarse para agarrarse con fuerza al DFR, percatándose que el agua ya no la cubre las vías aéreas. Mientras, Axier continúa hablando con ella.

2) Cambiando la percepción de la realidad de la persona.

P.e. ayudándola a pensar, anticipando cambios positivos objetivos, dándole información tranquilizadora, etc.

Axier explica a la mujer cómo la embarcación va a venir a por ellos por un lugar seguro, donde las olas no supongan un riesgo y entre él y sus compañeros, la van a subir a la embarcación para llevarla sana y salva hasta la playa.

2.4. Los cerrojos de la biografía

En estas páginas estamos hablando de cómo emergencista y persona afectada se encuentran en una situación de emergencia y establecen en este contexto, transacciones para influirse mutuamente con la mejor de las intenciones: afrontar la situación.

Haremos una llamada de atención ahora para reconocer que las biografías, como si de ostras se trataran, siguiendo el símil de Costa y López⁴, pueden “cerrarse” e impedir el acceso, al proceso de influencia de la otra parte.

Algunas condiciones que pueden provocar el “cierre” de la biografía de unos y otros son⁵:

- Percibe que su perspectiva diferente no es respetada, es invalidada, juzgada y no escuchada.
- Percibe que no es valorada como persona.
- Expresamos opiniones, deseos y sentimientos de manera amenazante ante los de los otros.
- Nos comunicamos de manera vaga e imprecisa.
- No tenemos oportunidad de intervenir en la definición de las reglas y límites de la relación.
- Percibimos intentos de robarnos el poder para opinar, decidir y tomar iniciativas.

3. Componentes de la comunicación

A la hora de comunicarnos agente de ayuda y persona ayudada, hay una responsabilidad importante en el emisor en facilitar la comprensión del receptor y del receptor en comprender lo que el emisor quiere comunicar. La responsabilidad es compartida, aunque a veces la capacidad de una de las partes –imaginémonos a un accidentado en estado de estrés agudo–, puede ser reducida.

Conviene tener en cuenta que en todo proceso de transmisión se produce paulatinamente una reducción del contenido del mensaje:

- Lo que se quiere decir.
- Lo que se dice.
- Lo que se escucha.
- Lo que se entiende.

El mensaje enviado no es, necesariamente, el mensaje recibido. En ocasiones a este proceso hay que añadir:

- Lo que se retiene.
- Lo que se reproduce.

Nuestra biografía se comunica a través de acciones de dos tipos: Nuestro comportamiento verbal, y nuestro comportamiento paralingüístico y no verbal.

3.1. Comunicación verbal

La comunicación verbal implica considerar elementos como:

- *Qué decir.* Qué palabras o frases vamos a utilizar para transmitir el mensaje.

Debemos procurar hablar con claridad y concreción, intentando utilizar el mismo “código”, de manera que las palabras que utilizamos signifiquen lo mismo para quien las escucha.

- *A quién.*

En relación con lo anterior, es posible que no utilicemos las mismas palabras para decir lo mismo, en función de quién tengamos en frente.

- *Para qué.*

Implica el atender al objetivo que pretendo alcanzar al decir algo a la otra persona.

3.2. Comunicación no verbal y paralingüística

*Quién no comprende una mirada, tampoco
comprenderá una larga explicación.*

Proverbio árabe

La comunicación no verbal se refiere al llamado “lenguaje corporal”. Tan importante como el mensaje hablado, son toda una serie de componentes no verbales que resaltan, complementan, sustituyen o incluso contradicen el mensaje verbal.

Es importante prestar atención al último efecto mencionado que los componentes no verbales pueden ejercer: Cuando lo hablado y lo expresado son disonantes entre sí, el interlocutor va a dar más validez a lo expresado no verbalmente que a lo que se dice explícitamente.

En un descuido de los padres, un niño de tres años se ha precipitado al suelo de la calle desde la ventana de su domicilio. Los padres, junto a él, se retiran para dejar actuar a una enfermera de un Centro de Salud cercano que se ha acercado a ayudar, mientras llegan los Servicios de Emergencia. La enfermera observa al niño, (sus ojos se abren en un gesto de alarma y gira con vigor su cabeza a un lado y a otro. Observa a un celador que también se acerca). Le grita con voz temblorosa —“¡Trae un collarín enseguida; y la oxigenoterapia!! ¡Ya!”. Los padres la observan. —“¡No se preocupen, todo está controlado!”—dice sin pensar. —Los padres se abrazan sollozando, más preocupados aún que antes.

Entre los componentes no verbales mas destacables se encuentran:

- El contacto ocular.
- La expresión facial.
- Los gestos corporales.
- La postura.
- La proximidad espacial a la otra persona.
- El contacto físico con el interlocutor.

Respecto a los componentes paralingüísticos, aspectos como:

- El tono.
- La dicción y claridad en la vocalización.
- El volumen.
- El énfasis y las inflexiones en la entonación del mensaje.
- La velocidad del habla.

Pueden afectar el significado de lo que se dice y al igual que con la comunicación no verbal, “pesar” más que el mensaje verbal emitido.

4. La comunicación asertiva¹

*Entre las personas, así como entre las naciones,
el respeto de los derechos de cada uno asegura la paz.*

Benito Juárez

Una de las características del ser humano, es que estamos en continua interrelación social. La forma de interaccionar con los demás puede ser una fuente considerable de estrés. Todos hemos pasado, en alguna ocasión, alguna experiencia o situación en la que nos hemos comportado de manera inhibida o, en otras, haber reaccionado agresivamente.

El campo de las emergencias, por sus peculiares características, es un contexto en el que es más fácil que la situación pueda llegar a descontrolarse por múltiples motivos y, cualquier incidente, puede tener una gran repercusión emocional en nosotros. El saber manejar una situación de manera habilidosa potencia y desarrolla la autoestima y nos hace más resistentes a una reacción de estrés descontrolada.

4.1. Características de aplicación del estilo asertivo

En las emergencias suelen darse situaciones típicas que ponen a prueba constantemente nuestra capacidad de relación, por Ej.: manejo de pacientes/víctimas hostiles, manipuladores, frecuentadores, manejo de presiones por parte de múltiples estamentos, gestión de peticiones específicas de todo tipo, manejo de los errores de percepción por parte de las personas afectadas, etc. y para las que es oportuno tener respuestas asertivas que limiten el estrés recurrente que nos causan.

Como ya llevamos resaltando, las cosas que decimos, hacemos, o pensamos tienen lugar en un contexto determinado, que es el que determinará en parte la utilidad de nuestro comportamiento. En ocasiones puntuales, comportarnos agresivamente o, por el contrario, inhibidamente, nos llevará a obtener mejores resultados, pero debemos optar por un comportamiento asertivo en la mayor parte de las situaciones, debido a las ventajas que conlleva a largo plazo.

1. Epígrafe elaborado por Antonio Puerta Torres

El comportamiento es situacional.

Por otro lado, la asertividad se ve favorecida por la búsqueda del momento adecuado para iniciar el diálogo, en la medida de lo posible.

La comunicación asertiva es una actitud y un estilo de conducta comunicativa que consiste en conseguir una mayor capacidad para expresar los deseos, sentimientos y necesidades de manera libre, clara e inequívoca ante los demás, y que esté dirigida al logro de los objetivos del individuo, respetando los puntos de vista del otro⁵⁻¹⁰.

Previo a la aplicación de este estilo de comunicación es necesario aprender y conocer:

4.1.1. Los Derechos Humanos o Asertivos Básicos:

Todas las personas tenemos unos derechos que podemos pedir para nosotros y que además, hemos de respetar en los demás. Son la base desde la que una persona puede ser asertiva, sentirnos confiados y seguros aún en el caso, de que a nadie más le agrade nuestra conducta. Son los siguientes:

- Derecho a ser el juez de tus propias emociones, pensamientos y comportamientos.
- Derecho a no dar razones que justifiquen tu comportamiento.
- Derecho a juzgar si eres tú el que tiene que encontrar solución a los problemas de los otros.
- Derecho a cambiar de opinión.
- Derecho a cometer errores y ser responsable de ellos.
- Derecho a decir “no lo sé”, “no lo entiendo”, “no me importa”.
- Derecho a ser independiente de la aceptación de los otros.
- Derecho a tomar decisiones “ilógicas”.
- Derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
- Derecho a ser escuchado y tomado en serio.
- Derecho a decir “no” sin sentir culpa.
- Derecho a pedir lo que quiero, dándome cuenta que mi interlocutor también tiene derecho a decir “no”.
- Derecho a pedir información y ser informado.
- Derecho a ser independiente.

- Derecho a decidir qué hacer con mis propiedades, cuerpo, tiempo, etc., mientras no se violen los derechos de otras personas.
- Derecho a tener éxito, gozar y disfrutar.
- Derecho a mi descanso y aislamiento.
- Derecho a superarme, aun superando a los demás.
- Derecho a juzgar mis necesidades, establecer mis prioridades y tomar mis propias decisiones.
- Derecho a tener y expresar los propios sentimientos y opiniones.

Jakubowski, P. & Lange, A.¹¹; Bermudez, M.¹²

4.1.2. Las características de los diferentes estilos de comportamiento y comunicación

El comportamiento social de las personas podemos situarlo en un continuo de estilos de respuesta que va desde el modelo *pasivo o inhibido*, pasando por el *asertivo* y continuando (finalizando) en el *agresivo*.

	<i>Estilo Inhibido</i>	<i>Estilo Asertivo</i>	<i>Estilo Agresivo</i>
Conducta No verbal	<ul style="list-style-type: none"> • No mira a la cara. • Voz baja. • Vacilaciones. • Gestos de inseguridad y de ansiedad (comerse las uñas, jugar con objetos, manos crispadas...). • Risitas falsas. • Postura corporal . “hundida” (hombros caídos, cabeza inclinada hacia abajo y hacia el lado, espalda encorvada). 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto ocular directo, aunque no amenazante; la mirada no esta todo el tiempo en los ojos de la otra persona. • Tono de voz no crispado, sin muestras de ansiedad. • Manos sueltas, que se mueven acompañando el contenido pero sin demasiados gestos. • Postura corporal erguida. • Expresión del rostro en consonancia con el mensaje, pero evitando la expresión crispada. • Distancia interpersonal adecuada a la situación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mirada fija a los ojos. • Tono de voz muy elevado. • Rapidez al hablar. • Gestos de amenaza, de frialdad y/o de superioridad (brazos cruzados, brazos en jarras, manos en las caderas, cabeza echada hacia atrás) .

1. Epígrafe elaborado por Javier Martín Oterino.

Conducta Verbal	<ul style="list-style-type: none"> • Se expresa con: “Quizá”, “Supongo”, “Me pregunto si sería posible”, “¿Te importaría mucho?”, “Bueno, no te preocupes, no era demasiado importante”. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se expresa con: “Pienso que”, “Siento que”, “Quiero...”, “¿Qué solución le podemos dar a esto?”, “¿Qué te parece?”, “Entiendo lo que me quieres decir”, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se expresa con: “Haría mejor en”, “Haz”, “Ten cuidado”, “No tienes ni idea”, “Debes estar bromeando”, etc.
Beneficios a corto plazo	<ul style="list-style-type: none"> • Se evitan las situaciones sociales aversivas y los problemas en muchas ocasiones . 	<ul style="list-style-type: none"> • Se proporciona información clara de lo que se quiere expresar, lo que se necesita, se desea, y se siente. • Se comprende a la otra persona aunque no se esté de acuerdo . 	<ul style="list-style-type: none"> • Supone una expresión y liberación emocional. • Aparecen sentimientos de poder momentáneo, los demás se sientan intimidados. • Se consiguen los objetivos propuestos.
Consecuencias	<ul style="list-style-type: none"> • No le respetan sus derechos: son menos tenidos en cuenta que los demás. • Se aprovechan de él: aparecen sentimientos de manipulación, incomprensión, falta de control sobre la propia vida. • No consigue sus objetivos y no se satisfacen sus necesidades: se siente frustrado, herido, desgraciado o ansioso. • Deja a otros elegir por él. • Hay baja autoestima. • Las relaciones sociales se deterioran a la larga. • Aparece la ira, al repetirse situaciones no resueltas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Respeto los derechos del otro. • Tiene confianza en sí mismo. • Puede conseguir sus objetivos. • Se siente bien consigo mismo. • Elige por sí mismo. • Mejora el control de las personas sobre su medio. • Los demás nos aceptan mejor, las relaciones sociales a la larga son más satisfactorias. 	<ul style="list-style-type: none"> • No respeta los derechos de los otros: hay tensión en las relaciones. • Se aprovecha de otros: aparecen en las personas de alrededor sentimientos de resentimiento, desconfianza. • A largo plazo los objetivos dejan de conseguirse: se siente culpable, se es consciente de que se ha avasallado, humillado o denigrado a los demás. • Baja autoestima. • Soledad y aislamiento. • Se sufren contra-agresiones, se puede desembocar en una “escalada de violencia”.

4.1.3.1. Procedimiento de aplicación

Lucas es psicólogo de Cruz Roja y coordina a un equipo de 6 psicólogos para dar atención a los familiares del barco pesquero “Roberta II” que ha naufragado hace 3 días en aguas del Cantábrico, con 8 tripulantes a bordo. Elena es la esposa de uno de los desaparecidos. Suele aparecer por el despacho de coordinación sin previo aviso y cuando Lucas está a punto de marcharse. Consulta demandas no urgentes y suele pedirle información obsesivamente. En ocasiones ha traído demandas del resto de las víctimas. Cuando parece que se va a ir es frecuente que le diga: “Ya que estoy aquí, podría...”.

Los pasos son los siguientes:

- A) Describir la situación conflictiva de manera objetiva: quién (persona/s implicada/s), cuándo ocurre (momento y lugar), qué (temor y preocupación).

A Lucas le molesta que Elena venga con tanta frecuencia y generalmente en el momento en que tiene que ausentarse por motivos de la coordinación de la asistencia. Siente que Elena aprovecha que a él le cuesta no atender a las víctimas cuando se lo piden. Teme su hostilidad porque sabe que Elena puede reaccionar de forma airada.

- B) Describir la conducta problema y lo que se ha de cambiar: cómo se actúa (afrontamiento), el objetivo (pretensión).

Lucas se da cuenta que actúa con desgana, haciendo la asistencia deprisa y corriendo para acabar cuanto antes. En ocasiones ha derivado a Elena a otro compañero sin causa justificada. Piensa que le tiene que decir que no la volverá a recibir, a no ser que sea una situación de verdadera urgencia.

C) Identificar los derechos asertivos vulnerados.

Lucas tiene derecho a decir “No” a una demanda que considera injustificada y a mostrar su opinión al respecto. Además tiene derecho a cambiar su forma de proceder hasta ahora y a establecer sus prioridades.

D) Describir los tres estilos de comunicación (respuestas) ante la situación conflictiva.

Lucas con su forma de proceder está actuando de una forma pasiva que le está llenando de resentimiento y hostilidad. Tiene ganas de gritarle y de decirle que no quiere volver a verla más por el despacho y que sea otro psicólogo el que le atienda en sus demandas. Piensa que si se mantiene firme en su postura y le hace ver a Elena las consecuencias de su forma de proceder, conseguirá que venga al despacho como todo el mundo y en las horas estipuladas.

E) Establecer un plan de afrontamiento: elección del momento, definir la situación ofensiva sin juzgar ni evaluar, reafirmación del derecho violado, expresión de sentimientos en primera persona, delimitar de forma concreta (objetivo) el cambio de conducta que se desea y anticipar las consecuencias positivas de la cooperación.

Lucas determinó que la próxima vez que se presentara Elena, se sentaría con calma, dejaría lo que está haciendo, sacaría el informe asistencial recibido por Elena hasta ese momento, le preguntaría qué le ocurre y, después de escucharla con atención, si no fuera algo urgente, le indicaría que no podía atenderla en ese momento y, sin acceder a ninguna otra petición, le explicaría cómo se siente con dicha situación y lo que quiere que sea a partir de ese mismo momento.

Lucas: ¿Qué te ocurre Elena?" (manteniendo el contacto visual, voz neutra y tranquila).

Elena: "Los niños no han querido desayunar y no han tomado nada desde esta mañana".

Lucas: "Elena me he dado cuenta que la mayoría de las veces vienes al despacho sin avisar y sin causa justificada".

Elena: "Eso no es cierto, te digo que los niños no han tomado nada de comer desde esta mañana".

Lucas: "Yo no tengo ningún problema en verte si el problema fuera urgente pero en muchas ocasiones, y hoy también, se trata de cuestiones no urgentes".

Elena: "Pero es que se pueden marear si no comen algo".

Lucas: "Verás Elena, este tiempo normalmente lo utilizo para poner al día la información que me mandan del servicio de rescate marítimo y analizar la evolución de aquellas personas que no pueden desplazarse hasta el centro de atención de familiares porque están bastante mal".

Elena: "¿Es que yo soy menos que las otras personas?".

Lucas: "No Elena, no eres menos que las otras víctimas que hay en esta lamentable desgracia. Eres igual de importante que todos los demás. Lo que te digo es que cuando vienes tantas veces seguidas, sin avisar previamente y sin causa urgente, el atenderte me crea bastante malestar porque me retrasa en las otras actividades que tengo programadas. ¿Lo entiendes?".

Elena: "No lo sabía".

Lucas: "Me gustaría que vinieras al despacho, todas las veces que estimes oportunas pero **SIEMPRE Y CUANDO SEA VERDADERAMENTE NECESARIO** (realzando la voz y con un tono firme) comunicando, previamente a uno de los voluntarios, que te recuerdo que están para asistiros y ayudaros, que quieres verme, al igual que lo hacen el resto de las personas afectadas. Si te parece, puedo cerrar contigo, ahora mismo, un momento del día para que me consultes lo que quieras".

Elena: "Bueno".

Lucas: “De esta forma, voy a poder dedicar más tiempo para ti y con más calma, con lo que podré ayudarte mejor en tus problemas, bien sean de la salud de tus hijos, de tus miedos y/o preocupaciones, de tu estado anímico o de lo que tú quieras consultarme, ¿de acuerdo?”.

Elena: “Claro. Lo siento”.

Lucas: “No pasa nada, no quiero que esto suponga un problema añadido a tu situación, pero a partir de ahora lo vamos a hacer así. ¿Te parece bien?”.

Elena: “Sí, sí. Está bien”.

Recuerda

- La comunicación es la herramienta básica y fundamental que el agente de ayuda siempre lleva consigo y puede emplear durante la atención a las personas afectadas.
- La NO comunicación es imposible entre el interviniente y la persona afectada una vez que se perciben.
- La comunicación tiene un componente de contenido y un componente de relación.
- Lo que queremos comunicar no siempre es lo que la persona entiende.
- No existe una única realidad, sino tantas como observadores de ésta.
- Conviene que comprendamos todo lo que podamos la visión de la situación de la persona afectada y para persuadirla (a dejarse ayudar, a colaborar, etc.), tratemos de comunicarnos de manera consonante con dicha visión.
- En situaciones de discrepancia respecto a las valoraciones que el emergencista y la persona ayudada hacen de una situación de emergencia, el primero tratará de actuar cambiando la percepción de la realidad de la persona o si es posible, cambiando las condiciones de realidad pertinentes a la persona ayudada.
- Nuestra biografía se comunica a través de acciones de dos tipos: Nuestro comportamiento verbal, y nuestro comportamiento paralingüístico y no verbal.
- Cuando lo hablado y lo expresado son disonantes entre sí, la persona dará más peso al significado de la expresión, que al significado verbal. Ojo a cómo decimos lo que decimos.
- La comunicación asertiva es una actitud y un estilo de conducta comunicativa que nos otorga mayor capacidad para expresar los deseos, sentimientos y necesidades de manera libre, clara e inequívoca ante los demás, respetando a la vez, sus puntos de vista. Manejar este estilo de comunicación es fundamental al interactuar con pacientes, familiares, testigos, compañeros, otros profesionales, etc.

Para complementar

Alberti, R. & Emmons, M. (2006). *Con todo tu derecho*. Barcelona: Obelisco.

Carrión, S.A. (2002). *Comunicación de impacto*. Barcelona: Obelisco.

García-Huete, Enrique (2003). *El arte de relacionarse*. Málaga: Aljibe.

Referencias bibliográficas

1. Watzlawick, P.; Beavin, J.H. y Jackson, D.D. (1993). *Teoría de la comunicación humana*. 1971 Buenos Aires: Tiempo contemporáneo. Reeditado por Barcelona: Herder
2. Nardone, G.; Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio*. Barcelona: Herder.
3. Watzlawick, P. (1994). *¿Es real la realidad?* Barcelona: Herder.
4. Costa, M. y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.
5. Everstine, D. y Everstine, L. (1992). *Personas en crisis*. México D.F.: Pax México.
6. Caballo, V. E. (2000). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI
7. Hollin, C. R. & Trower, P. (1986): *Handbook of Social Skills Training*, 2 Vol. Nueva York: Pergamon Press.
8. Wilkinson, J. & Canter, S. (1990). *Handbook of Social Skills Training*. San Francisco: John Wiley & Sons.
9. Carrasco, I. (1985): "Tratamiento de los problemas de aserción por medio de técnicas cognitivo-conductuales". *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, Vol. n° 3, n° 1.
10. Carrasco, I. (1984). "El entrenamiento en aserción". En Mayor, J., Labrador, F., *Manual de Modificación de Conducta*. Madrid: Alhambra.
11. Jakubowski, P. & Lange, A. (1978). *The Assertive Option*. Champaign, Illinois: Research Press.
12. Bermúdez, M. (2000). *Déficit de autoestima*. Madrid: Pirámide.

5

Técnicas, estratagemas y estrategias comunicativas con afectados

Enrique Parada Torres

Los objetivos de este capítulo son:

- Conocer las técnicas básicas de comunicación para la relación de ayuda a personas afectadas por emergencias.
- Acercarnos a algunas estrategias y estratagemas útiles para persuadir a personas afectadas que tienen dificultades para colaborar en el proceso de ayuda.

1. Técnicas Para la comunicación en situaciones de emergencia

Las creencias de la gente sobre sus habilidades tienen un efecto trascendental sobre éstas.

Albert Bandura

Nuestra intervención en situaciones de emergencia con personas afectadas, implica un encuentro interpersonal con éstas. En dicho encuentro vamos a ayudarlas a afrontar la situación de la forma más eficaz posible. Nuestras habilidades para influir van a ser fundamentales en este proceso. Las habilidades van a constituir un componente más de “tecnología punta” a emplear en la situación. Emplearemos desde habilidades sencillas, “transparentes”, expresivas de una absoluta genuinidad por nuestra parte; hasta habilidades persuasivas, reflexionadas e incluso medidas con astucia durante su empleo. Todas ellas con un claro objetivo:

Proporcionar a la persona afectada la atención y el auxilio oportuno, dada la difícil situación en que se encuentra.

Veamos el menú de habilidades entre las cuales podremos elegir y combinarlas para construir el proceso de relación de ayuda.

1.1. Establecer contacto

Cuando llegamos a un escenario de emergencia y comenzamos la intervención, en algún momento, una vez hecha la evaluación inicial global de la situación y tomadas las medidas de seguridad oportunas, vamos a establecer contacto con la persona afectada.

Como vimos en un capítulo anterior, el estado psicológico en que la persona se puede encontrar es variable. En la mayoría de los casos va a ser útil:

- *Identificar nuestro rol.*

Hacer explícito nuestro rol. No importa que el uniforme muestre claramente la condición de sanitario, bombero o socorrista. Presentarse como tal es una forma de iniciar la interacción con

la persona para continuar, por ejemplo, con una manifestación explícita de nuestra intención de ayudar.

- *Identificarnos por nuestro nombre.*

Siempre que el emergencista quiera, a la identificación del rol, podemos añadir nuestro nombre. Esto es recomendable si vamos a emplear una considerable cantidad de tiempo en la atención a la persona. Del mismo modo, en estos casos, vamos a preguntar y utilizar el nombre de la persona afectada para dirigirnos a ella.

Un vehículo se ha salido de la vía y ha caído por un terraplén. Unos delgados árboles han frenado la caída. Estos están algo vencidos y el vehículo se encuentra en una posición poco segura. Corre el riesgo de seguir rodando si algún árbol se quiebra.

Los bomberos han descendido hasta llegar a la altura del vehículo. Se presentan al conductor. “Hola, somos los bomberos. Le vamos a ayudar”. “¡No puedo salir” –exclama el conductor. “Escúcheme, muévase lo menos posible. Vamos a sacarle de ahí” –responde Simón. Ángel, el otro bombero, habla por su emisora solicitando material. Mientras, su compañero continúa: “Yo soy Simón y este es mi compañero Ángel. Vamos a asegurar su coche para que no se mueva y después le vamos a sacar. ¿Cuál es su nombre?”.

“Juan Manuel”, contesta el conductor. “De acuerdo, Juan Manuel, Ángel y yo no nos vamos a mover de aquí. Ahora nos van a bajar cordajes para afianzar el coche y después le sacaremos. Dígame, Juan Manuel...” (el bombero continúa dialogando y manteniendo el contacto).

1.2. Empatía

*Antes de juzgar a una persona,
camina tres lunas con sus mocasines.
Proverbio indio*

La empatía como *aptitud* consiste en ser capaz de aprehender la vivencia de la otra persona desde *su* realidad (sus percepciones, sus valoraciones y sus afectos). En una relación de ayuda, como la que prestamos desde los servicios de emergencia, la empatía como recurso quedaría insuficiente si no añadimos una segunda parte: transmitir al ayudado que comprendemos sus reacciones.

La empatía tiene también un componente *actitudinal*, determinado por la disposición a querer ponernos en el lugar de la persona.

Junto a la capacidad de empatizar y la disposición a hacerlo, tenemos además, unas herramientas que nos facilitan las *interacciones de tipo empático*¹ y que veremos a continuación, en el apartado de *escucha activa*.

1.2.1. Moduladores de la empatía para la relación de ayuda

Empatizar tiene importantes ventajas en la relación de ayuda y también riesgos si no se calibra o entendemos qué estamos haciendo al empatizar con una persona ayudada.

- A) Empatizar con la persona afectada nos permite mostrarnos ante ella como agentes interesados por su estado y dispuestos a ayudar en lo que a ella le importa y no sólo en lo que nos pueda importar a nosotros.
- B) Nos ayuda a conectar con la otra persona y nos facilita seguir interactuando con ella para conseguir objetivos adicionales (informar, dirigir, etc.) que podrían resultarnos más difíciles de alcanzar sin el empleo de este recurso.
- C) Implica tomar conciencia de cómo vive la persona lo que le ocurre, aunque no implica de ningún modo, que nos tengamos

que mostrar de acuerdo con sus pensamientos, creencias o valoraciones respecto a una situación.

Santiago y Verónica han acudido en un coche patrulla tras recibir la llamada de la vecina de una mujer en estado de crisis. Esta mujer, situada en la parte exterior de la barandilla de su terraza, llora y verbaliza que no quiere vivir.

Verónica, desde la terraza contigua de la vecina, reclama su atención y enuncia su intención de ayudarla.

“Nadie me puede ayudar” responde la mujer entre sollozos.

Verónica, con voz calmada y cálida hasta donde el ruido de los coches y de la gente que se va agolpando le permite, añade: “Lo debes estar pasando muy mal para sentir que nada puede ayudar y situarte ahí...”.

La mujer, se queda momentáneamente en silencio... dirige su mirada hacia Verónica y afirma “Muy mal..., muy mal...”.

Por favor, cuéntame que es lo que te tiene tan afectada... añade Verónica teniendo en mente desarrollar una estrategia para persuadir a la mujer a anular el posible intento suicida.

D) Ayuda a que la persona perciba nuestra comprensión sin que ésta sea signo de refuerzo o potenciación de lo que la persona hace, piensa, etc. Empatizar no implica reforzar. Como veremos más adelante, incluso para manejar objeciones o hacer críticas, nos puede resultar útil incluir comentarios empáticos en nuestra táctica comunicativa.

Empatizar implica comprensión, pero no implica reforzar positivamente el comportamiento de la persona afectada ni mostrarnos de acuerdo con éste.

E) La disposición y la buena aptitud empática se ve acompañada de una permeabilidad emocional por nuestra parte, a las emociones de la persona afectada. Esto nos da la oportunidad de tener intervenciones empáticas más genuinas, más auténticas en cuanto a que de alguna manera *sentimos en cierta medida* lo que puede estar sintiendo la persona. Pero también tiene el riesgo de contagiarnos completamente de su estado emocional y sentir en la misma medida lo que siente la persona, con serias consecuencias como:

- Mermar nuestra capacidad de ayuda en esa situación.
- Sentirnos mal por algo que no nos ha ocurrido a nosotros, al menos en ese momento.
- Alimentar nuestro riesgo de desgaste psíquico por empatía y mermar la competencia como profesional de ayuda y el bienestar personal.

La regulación empática en los profesionales de emergencia es un aspecto fundamental para su bienestar personal y profesional, así como para su capacidad de ayuda.

En el capítulo dedicado a la prevención del desgaste psíquico y el desgaste por empatía abordaremos específicamente este aspecto y sus aspectos preventivos.

F) Por encima de nuestra condición de emergencistas está nuestra condición de ser personas, con nuestra historia, creencias, valoraciones, etc. En ocasiones, estos aspectos nos dificultan o incluso impiden mostrar empatía con los comportamientos de algunas personas. Ser consciente de ello nos puede ayudar a evitar acciones contraproducentes hacia nosotros mismos y nuestro rol. En cualquier caso, sería absurdo no reconocer que hay intervenciones de emergencia en las que el impacto de no empatizar, no es significativo.

Una pareja de terroristas ha sido sorprendida tras explotar un artefacto. En su huida de la policía han chocado con su vehículo quedando atrapados en su interior y heridos conscientes.

Los bomberos proceden a realizar las labores de excarcelación.

Ismael, uno de los bomberos, se dirige a ellos, mientras prepara las herramientas. “Qué pena, que no os hayáis dado más fuerte... podíais haberos matado y no tendríamos el gasto que vais a hacer en la cárcel...”. Su superior, al escucharle, le ruega por favor, que se calle y siga trabajando. Ismael calla y comienza a cortar el metal del vehículo. Lo hace de tal manera que las chispas caen sobre los heridos, a los que no ha protegido con nada, como suelen hacer en estos casos. El jefe de dotación, al darse cuenta, le ordena que pare y se retire y pide a un compañero que continúe. Dirige una mirada severa a Ismael y apartándole unos metros para que sólo él le escuche, le dice que al llegar al Parque de Bomberos quiere hablar con él y le pide mientras tanto, que recoja la manguera que habían desplegado.

1.3. Escucha activa

“Tenemos dos oídos y una boca. Deberíamos entonces, poder escuchar el doble de lo que hablamos”.

Dicho británico.

Escuchar activamente consiste en prestar atención a lo que una persona nos cuenta y además, hacérselo ver a nivel verbal y no verbal.

1.3.1. A nivel no verbal

Hay una serie de elementos que usados congruentemente, indican que estamos escuchando:

- El contacto ocular. Mirar a la persona, asentir con las pestañas, “sonreír” con los ojos, etc.
- Gestos faciales. Acordes con el mensaje que recibimos.
- Postura. Denotadora de interés.

1.3.2. A nivel paralingüístico

Podemos emplear sonidos y murmuraciones del tipo “mm,mm”, “ahá”, sonidos exclamatorios, contenciones de aliento, resoplidos, etc.

1.3.3. A nivel verbal

Hablando, también podemos demostrar que escuchamos.

Hay una serie de habilidades verbales que empleadas en dosis y momentos adecuados, aumentan el *rapport* (relación de acogida y apoyo) con la otra persona:

Habilidad	Objetivo
REPETICIÓN: Devolución literal del mensaje de la otra persona.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la persona a centrarse en el contenido del mensaje.
PARÁFRASIS: Repetición del contenido del mensaje que describe una situación, acontecimiento, persona o idea.	<ul style="list-style-type: none"> • Ayudar a la persona a centrarse en el contenido del mensaje.
REFLEJO: Devolución de los sentimientos y parte afectiva del mensaje.	<ul style="list-style-type: none"> • Animar a la persona a expresar sus sentimientos. • Ayudar a la persona a ser más consciente de los sentimientos que le dominan. • Ayudar a la persona a conocer y manejar sus sentimientos. • Ayudar a la persona a discriminar entre sus diferentes sentimientos.

A) Repetición:

Los Bomberos y la policía llegan a una vivienda para abrirla. Elisa, hija de la anciana inquilina dice: “Llevo días sin saber nada de ella”.

Uno de los policías le contesta: “No sabe nada de ella desde hace días”.

“Eso es, la he llamado y no me contesta el teléfono”...

B) Paráfrasis:

Continuando con el ejemplo anterior, Elisa comenta al policía:

“Me extraña mucho porque no suele pasar tanto tiempo sin que me llame”.

El policía parafrasea: “Ella le suele llamar sin esperar a que pasen tantos días como en esta ocasión”.

“Exactamente”.

C) Reflejo:

Elisa continúa diciendo sollozando, con voz temblorosa:

“¿Qué tipo de hija soy? La última vez que hablamos, la dije que era una pesada y la colgué el teléfono”.

El policía refleja: “Está enfadada por la manera en que finalizó la última conversación con su madre”.

Elisa asiente, secándose las lágrimas con un pañuelo.

1.3.4. Errores a evitar al escuchar activamente

Conviene tener especial cuidado, de no cometer errores al escuchar a la persona afectada.

Algunos comportamientos y actitudes que dificultan la Escucha Activa pueden ser:

- Considerar que escuchar al accidentado, familiar o testigo más de lo técnicamente necesario para prestar la atención sanitaria o realizar las acciones de salvamento o rescate no tiene interés.
- Tender a concentrarse en la manera de expresarse o en el aspecto del que habla y desatender el mensaje verbal.
- Fingir atención, mirando al interlocutor mientras se piensa en otras cosas.
- Escuchar sólo lo que es fácil de entender.
- Escuchar unas pocas frases sobre los problemas de la otra persona e inmediatamente ponerse a pensar en los consejos que le podría dar.

- Dar consejos sobre cómo resolver el problema, sin antes, darle la oportunidad de descargarse emocionalmente.
- Centrarse en los puntos de desacuerdo y preparar el razonamiento, dejando de escuchar.
- Tratar de apaciguar al que habla mostrándole apoyo mediante asentimientos de cabeza y expresiones verbales de acuerdo, aunque en realidad no siente que la cuestión le concierna.
- Cambiar de tema cuando se sienta aburrido o incómodo con él.
- Saltar para defenderse, tan pronto se oye algo que, en su opinión, le perjudica.
- Escudriñar al que habla, tratando de descifrar lo que “realmente” quiere decir.
- Instigarle a tomar decisiones que pueden resultar difíciles desde su situación y estado actual.

Veamos con un toque de humor algunos ejemplos:

LA ESCUCHA QUE FRACASA:
“TÉCNICAS” EFICACES PARA CREER QUE ESCUCHAMOS BIEN SIN HACERLO
REALMENTE

Si tiene junto a Ud. una persona que le molesta; que le cuenta sus penas y desdichas y le tiene ya harto/a, utilice los siguientes métodos infalibles para que se aleje de Ud.:

- *Ignorar.* Ignore lo que la otra persona está diciendo aunque ponga cara de estar escuchando.
- *Comparar.* Compare lo que le ha ocurrido a la persona con su propia experiencia o la de otros que Ud. conoce y subraye cómo, estos casos fueron peores que los que ella cuenta.
- *Juzgar y criticar.* Opine sobre lo que le ha ocurrido a la otra persona y cómo ha llegado a esa situación. Destaque especialmente la responsabilidad que ella ha tenido para estar donde está.
- *Aconsejar.* No espere a que ella tome decisión alguna. Dígale constantemente lo que tiene que hacer. No espere a que le pida consejo u opinión.
- *Asentir.* Muestre acuerdo absoluto con todo lo que la otra persona le diga.
- *Ir por delante.* Haga predicciones constantes sobre lo que la persona le va a decir y hágaselo saber. No la deje terminar las frases.

¡Conseguirá que no se vuelva a acercar a buscar apoyo y consuelo en Ud!

Adaptado de Parkinson (1995)

1.4. *Hacer preguntas*

Preguntar a la persona afectada nos ayuda a facilitar diversos procesos positivos para la ayuda (obtener información, ayudar a pensar, facilitar el desahogo a través de la narrativa, ayudar a procesar lo ocurrido, etc.). Es un recurso casi inevitable durante el proceso de asistencia. En ocasiones, esta “inevitabilidad” se acompaña de una sobreutilización: preguntamos demasiado sin tener claro el propósito o preguntamos con un propósito de dudosa eficacia para la relación de ayuda, p.e. para evitar los silencios o de gestión de nuestras propias emociones y/o valoraciones de la situación:

Unos vecinos han avisado a la policía al escuchar gritos de auxilio de Merche, la vecina del piso contiguo. Tras acudir, encuentran una mujer con heridas y contusiones, agredida según afirma, por su marido, quien ha huido. En ese momento, está siendo atendida por dos técnicos en emergencia avisados por la policía.

Silvia, una de las Técnicas sanitarias, con evidentes signos de indignación le está preguntando mientras limpia sus cortes: “¿Te había pegado ya antes?... ¿Llevas mucho tiempo en esta situación?... Le denunciarás, ¿no?”... Merche, aturdida, responde vagamente, sólo con movimientos de cabeza poco definidos, tratando de esquivar la mirada de Silvia... Sara, una de las policías, poniendo levemente su mano en el hombro de Silvia la apremia a que “acabe de atenderla”... “Quizás pueda hablar con *nosotras* de esas cosas después”.

Como afirman los expertos en entrevista terapéutica^{1,3}, al preguntar, de alguna manera es conveniente haberse preguntado antes a sí mismo:

“¿Cuál es el propósito de mi pregunta”.

Cormier y Cormier proponen continuar preguntándonos después:

- ¿Puedo anticipar la respuesta de la persona?
- ¿Cómo puedo formular la pregunta para que sea efectiva?
- ¿Cómo puedo saber si mi pregunta es efectiva?

Relacionado con cómo formular la pregunta para que sea más efectiva, nos encontramos con dos *tipos* fundamentales de preguntas:

1.4.1. Preguntas abiertas

Las preguntas abiertas invitan a que la persona aporte y desarrolle una información más rica en contenido y menos específica que la que conseguimos con las preguntas cerradas.

Durante nuestra labor asistencial, las preguntas abiertas nos ayudan a dialogar con el afectado, entre otras cosas para⁴:

1. Indagar para prestar ayuda. “¿Cómo puedo ayudarle? ¿Qué le ha ocurrido?”.
2. Identificar una reacción o estado. “¿Cómo se encuentra? ¿Qué nota cuando le...?”.
3. Cuando se desea centrar un tema. “Para que yo me entere, ¿qué ocurrió cuando...?”.
4. Cuando se desea identificar objetivos, intereses, necesidades e introducir procesos de reflexión. “¿Por qué quieres...? ¿Cómo prefieres que...? ¿Qué otra cosa podemos hacer por ti? ¿Qué crees que es lo más apropiado para ti en esta situación?”.
5. Cuando se intenta definir un problema. “¿Qué te ha llevado a tomar esta decisión?”.
6. Cuando se intenta activar las alternativas de solución a un problema. “¿De qué otra forma podrías actuar para...?”.
7. Cuando se necesita tomar decisiones. “¿Cuáles son las ventajas de...? ¿y los inconvenientes? Si hacemos... ¿qué podría ocurrir?”.
8. Cuando deseamos motivar y promover la participación. “¿Qué opina de lo que le decimos?”.

1.4.2. Preguntas cerradas

Las preguntas cerradas se formulan para obtener información concreta. La persona que responde tiene poco margen de maniobra y en ocasiones incluso, los matices no son posibles: “¿Cómo te llamas?, ¿cuántos años tienes?”.

Las preguntas cerradas no sólo son tan relevantes como las abiertas, sino que al igual que estas últimas, pueden ser una herramienta poderosa para actuar mucho más focalizadamente cuando es preciso. “¿Conoces a la persona que te ha hecho esto?”; “¿viajaba alguien más contigo?”; “¿eres alérgica a algún medicamento?”; “¿te duele si te aprieto aquí?”.

1.5. Resumir

El resumen del agente de ayuda se compone de varias paráfrasis, reflejos o una combinación de ambas respuestas.

Permite:

- Recapitular y transmitir a la persona afectada la comprensión del discurso por parte del emergencista, después de un intervalo de escucha o de diálogo.
- Enlazar los diversos elementos de los mensajes de la persona.
- Identificar un tema común, proveniente de distintos mensajes.

Los servicios de Rescate han acudido a la llamada de los monitores de un campamento juvenil. Dos niños de 8 años se han separado del grupo y están desaparecidos. Llevan varias horas de búsqueda infructuosa.

El responsable del grupo de rescate resume: “Corregidme si os he entendido mal: La última vez que recordáis haberlos visto era cuando habéis parado en la Laguna de los Buitres. Después habéis notado su desaparición hacia la una del mediodía a la altura del Refugio del Caminante y les habéis buscado en el camino que lleva de la laguna al refugio y también en la zona de merenderos. ¿Es así?”.

Hacer un resumen periódico del diálogo también puede servir al agente de ayuda para centrar el discurso de la persona cuando éste está derivando a aspectos irrelevantes y el emergencista necesita focalizar la información en un tema.

1.6. Clarificar

Es una habilidad imprescindible cuando la persona afectada habla de aspectos que pueden ser enunciados de forma genérica, vaga o se prestan a confusión. Si el emergencista no clarifica puede alejarse del significado al dar por sobreentendidos aspectos que en realidad no se habían entendido suficiente o correctamente.

Clarificar ayuda a:

- Favorecer la elaboración del mensaje por parte de la persona.
- Comprobar la precisión de lo que hemos entendido a la persona.
- Aclarar los mensajes vagos o confusos.

Como dicen Fernández Liria y Rodríguez¹, solicitar clarificación no es técnicamente difícil. La habilidad estriba en detectar los enunciados que ponen en peligro que sobreentendamos la información que escuchamos.

Los servicios médicos están valorando a un joven que ha perdido el conocimiento. Sus amigos están con él y son quienes han avisado a los Servicios de Emergencia.

El médico pregunta: “¿Ha consumido alcohol o algún tipo de droga?”.

El amigo que se ha alzado como portavoz responde: “No, no ha tomado nada. Bueno, lo normal, como todos”.

“Lo normal” –repite el médico–. “Dime exactamente a qué te refieres. ¿Qué ha tomado?... ¿Cuánta cantidad?... ¿Cuántas copas son ‘unas cuantas’?”.

1.7. Interpretar

Es una habilidad por la cual el agente de ayuda deduce y otorga un significado subyacente o alternativo a lo que la persona está contando. En este punto no estamos hablando de la interpretación como herramienta de diagnóstico, especialmente en lo referido a síndromes, trastornos o enfermedades, sino más bien a la interpretación de dinámicas de tipo relacional o comportamental, por ejemplo, patrones que mantienen una situación problema.

Interpretar es una habilidad arriesgada, en cuanto a que:

- La persona puede no estar preparada para aceptar o asumir el nuevo significado.
- Si ocurre lo anterior, corremos el riesgo de que “levante resistencias” y nos dificulte continuar un posible proceso persuasivo.

La policía ha acudido a una casa de pueblo, alertados por un viandante que ha escuchado gritos y rotura de cristales. Han encontrado a un matrimonio mayor ordenando los desperfectos.

El matrimonio afirma que lo ha hecho su hijo de 24 años, y explica: “No pasa nada, es buena persona, pero cuando no se le da lo que quiere... le pierden los nervios. Le hemos dado algo de dinero y parece que se ha tranquilizado. Se ha ido con los amigos... Sí; si le damos el dinero que necesita, luego vuelve muy calmado... cuando está calmado es un hijo muy cariñoso... hasta la siguiente vez, en que le pueden los nervios”.

“Quiere decir –afirma Noemí, una de las policías– que periódicamente su hijo se pone nervioso y agresivo con Uds. y sólo se calma tras recibir dinero de Uds. y marcharse a gastarlo ‘en algo’ Parece que su hijo necesita obtener algo que cuesta dinero para estar tranquilo... ¿tienen idea de qué puede ser?”.

1.8. Dirigir

En ocasiones, es necesario que el emergencista dé instrucciones a la persona afectada respecto a cómo ha de comportarse. El objetivo en los casos en los que nos mostramos más directivos, es maximizar la eficacia de la intervención y sobre todo, minimizar riesgos o daños durante la intervención.

A la hora de dirigir o guiar verbalmente, conviene tener en cuenta:

- Adoptar una actitud de seguridad y control en lo que pedimos.
- Evitar “pedir permiso” o “pedir sugerencias” sobre nuestras instrucciones.
- Informar de la importancia de nuestra instrucción.
- Reforzar positivamente el cumplimiento por parte de la persona afectada.

Daniel, socorrista acuático de una piscina, se lanza al agua al ver a un hombre que tras colocarse en posición vertical, agita los brazos tratando de mantenerse a flote con dificultad.

Daniel llega hasta su espalda y le coloca el dispositivo de flotación ante su pecho.

Daniel le dice con volumen elevado y tono imperativo: “¡Soy el socorrista, te voy a ayudar!”. “¡Sujétate al flotador! ¡No te vuelvas y agarra el flotador! ¡Eso es! ¡Te tengo, ya no te hundes! ¡Agárralo bien; te voy a llevar a la orilla!”.

1.9. Reforzar y animar

La habilidad de reforzar se pone en práctica cuando el emergencista en el ámbito en que nos centramos, administra una consecuencia agradable –*refuerzo positivo*– o retira una consecuencia desagradable –*refuerzo negativo*–, posterior a la realización, por parte de las personas afectadas, otros compañeros, etc., de un comportamiento deseado por el profesional.

Generalmente, en situaciones de emergencia, los *refuerzos* que más disponibles tenemos, son los halagos. Prestar atención y escu-

char si la persona afectada quiere ser escuchada, o preguntarle por algo que deducimos que le resulta muy importante, también suele resultar muy reforzante.

Si la persona que recibe el refuerzo, lo percibe, valora y siente como tal, aumenta la probabilidad de que mantenga o repita el comportamiento, actitud, etc., que ha suscitado el refuerzo.

1.9.1. Utilidades del refuerzo

Teniendo en cuenta lo anterior, es fácil destacar la importancia que para el profesional tiene reforzar:

- Al reforzar adecuadamente, el emergencista aumenta su capacidad para motivar e influir en el cambio hacia el afrontamiento funcional de la situación y reduce las resistencias que pueden existir.
- El emergencista que es positivo y reforzante, suscita en las personas sentido de autoeficacia y autocontrol y contribuye a la gestión de la situación.
- El profesional muestra un modelo de interacción que se presta a ser imitado, generando un clima favorecedor para la intervención.

Tan importante como ser consciente de los beneficios del refuerzo, es serlo de cómo administrarlo.

1.9.2. Consideraciones en torno al refuerzo.

A la hora de ser recompensante o administrar refuerzos conviene tener en cuenta:

- Reconocer comportamientos deseados independientemente de que “sean los que se deben hacer”.
- Discriminar el momento adecuado. Si es posible, que éste se encuentre próximo a la emisión del comportamiento deseado. En general es más eficaz ser inmediato que reforzar comporta-

mientos de hace tiempo. Esto es especialmente importante al intervenir con niños y con discapacitados psíquicos.

- Hacer o decir algo que sea recompensante para la persona reforzada. El reconocimiento y el elogio honesto suelen ser bien recibidos por los demás. En este sentido, hay que procurar que no suene a formulismo o un cumplido mecánico. A ello nos ayuda tanto lo que se dice como la forma de expresarlo.
- Evitar reforzar a otra persona por algo y a continuación, hacerle una petición o solicitar favores. El refuerzo en esta situación se percibe como parte de una estrategia de manipulación y no se aprecia como tal. Más bien al contrario, puede aumentar la resistencia.
- Ser concreto y discriminativo al reforzar. Esto es, tener claro qué se desea reforzar y qué no se desea reforzar, de manera que no podamos, sin querer, recompensar comportamientos no deseados y pasar por alto conductas productivas.

Durante un incendio en un edificio, una pareja de bomberos ha accedido hasta el salón de una de las viviendas en la que Germán, un niño de doce años, permanece esperando su llegada. Germán ha sido quien ha alertado a los Servicios de Emergencia tras oler el humo y les ha informado de dónde se encontraba. Ahora espera tumbado en el suelo con un pañuelo mojado en la boca. Ha tenido tiempo de colocar toallas mojadas en la parte baja de la puerta de acceso al salón.

Los bomberos rescatan a Germán empleando la escala. Mientras descenden para situarse a salvo, Germán les ha explicado que ha hecho lo que les enseñaron en el colegio. Uno de los bomberos le dice: “Nos tienes admirados Germán. Cuando lleguemos abajo se lo vamos a contar a nuestros compañeros” “Has actuado fenomenal llamando enseguida y poniendo las toallas mojadas en la puerta. Has hecho lo que ojalá todo el mundo hiciera en estos casos” “Tu familia y tus amigos tienen que estar muy orgullosos de ti”.

1.10. Informar

Informar adecuadamente, en contexto, forma y contenido, puede resultar de gran ayuda para disminuir la ansiedad y el estrés consecuente a la ambigüedad, incertidumbre o “realidad” construida por la persona afectada en torno a la situación.

Qué información proporcionar, en qué cantidad y detalle, en qué momento, etc. son cuestiones que nos planteamos.

Como premisa general podemos afirmar que es conveniente:

Informar de todo aquello que contribuye a disminuir la ansiedad por desconocimiento.

Cuando proporcionamos información sobre lo que estamos haciendo o vamos a hacer, la persona afectada se siente orientada sobre nuestros objetivos y la forma en que queremos llevarlos a cabo. En numerosas ocasiones esto va a ayudar a la persona a percibir:

- Seguridad y control respecto a la actuación en esa situación.
- Cambios funcionales / positivos respecto a la evolución de la situación.

Ciertamente, nos encontramos con la consecuencia real de que en algunos casos, dar a conocer una información –muy negativa–, disminuye la ansiedad del desconocimiento, pero la sustituye por la ansiedad consecuente a la información recibida –p.e. al ser informados del fallecimiento de un ser querido.–

En este sentido podemos decir que lo importante es reconocer el momento y contexto en que esta información ha de ser suministrada.

El capítulo de comunicación de malas noticias, aborda específica y detalladamente la provisión de información más dura de escuchar y por qué no decirlo, más difícil también de comunicar.

1.10.1. Consideraciones para proporcionar información.

Cuando informamos a la persona afectada sobre el estado de la situación o la evolución prevista, es conveniente recordarnos:

- **Buscar el lugar y momento oportuno.**
Hay que ser sensible a cuándo y dónde la información va a ser mejor recibida. En algunos casos ambos componentes no se pueden unir –lugar adecuado y momento adecuado– y hay que elegir entre uno de ellos.
- **Ser sensibles a las necesidades de información –en cantidad y profundidad– que la persona afectada tiene.**
Hay personas que con mayor o menor consciencia, parecen no querer saber. La hipótesis que podemos barajar es la imposibilidad de afrontar una información negativa. Esto nos puede orientar a ser respetuosos con el ritmo que la persona marca y sólo suministrar la información que pide o que inevitablemente debe tener para continuar gestionando adecuadamente la situación.
Hay personas que son muy insistentes con la necesidad de ser informados. La hipótesis en este caso es que la persona tolera tan mal o peor aún la incertidumbre por no saber, que la confirmación de una información negativa. En este caso conviene que nos planteemos que a mayor insistencia mayor atención hemos de prestar a darle la información en cuanto haya las mínimas condiciones aceptables para proporcionarla.
- **Procurar suministrar información útil.**
Referirse a recursos, acciones, planteamientos, estado de la situación, etc., cuyo conocimiento por parte de la persona afectada va a facilitar su afrontamiento funcional ante la situación de emergencia.
- **Ser descriptivos.**
Siempre que sea posible, hay que procurar basarnos en hechos, situaciones y acciones lo más objetivas posibles más que en opiniones sin fundamento, impresiones o sensaciones. Esto va a hacer que la persona comprenda mejor lo que le queremos transmitir con respecto al estado de la situación.
- **Ser específicos.**
La información es así más útil y se evitan los malos entendidos. Aquí conviene recordarnos que ser descriptivos y específicos no

tiene por qué ser sinónimo de dar demasiados detalles, especialmente si podemos valorarlos como “escabrosos” y no aportan información adicional significativa y sí más carga emocional.

- Ser constructivo.

Esto implica subrayar la información positiva, motivar hacia el cambio de lo mejorable y adoptar y transmitir una actitud que muestre que confiamos en que éste es posible. Tener en cuenta respecto a nuestra actitud constructiva, que tras algunas informaciones, ésta puede ser incluso *contraproducente* en un primer momento de shock de la persona afectada. Seamos conscientes y cautos en este sentido.

- Comprobar que se ha recibido adecuadamente.

Esto se puede lograr pidiendo opinión, pidiendo aclaraciones sobre la comprensión de lo expuesto, etc.

Continuando con uno de los ejemplos anteriores, los servicios de rescate tienen que finalizar, por falta de luz, la búsqueda de dos niños desaparecidos en una excursión con un campamento juvenil. Arturo, el responsable se dirige hacia los padres que permanecen en la zona habilitada como puesto de mando, acompañados de un psicólogo.

Desplegando un mapa sobre una mesa, les invita a acercarse. Les explica las zonas en las que han estado buscando y añade: “Debido a la falta de luz, es arriesgado continuar la búsqueda fuera de los caminos. Aunque ya los hemos recorrido continuaremos en esta zona. Mañana proseguiremos al amanecer en zonas más escarpadas. Vamos a seguir buscando en este sector (señala en el mapa el área)... Con el calor que está haciendo, no parece peligroso que los niños pasen la noche a la intemperie y hay muchos arroyos y riachuelos dónde podrán haber bebido al menos... Esperemos que se hayan refugiado en alguna pequeña cueva y mañana salgan de ella con la luz del día”.

1.11. Retroinformar (proporcionar feedback)

Durante las tareas de salvamento, rescate o auxilio, es importante en numerosas ocasiones, que tanto el agente de ayuda como las personas afectadas sean conocedores de *qué* están haciendo bien, *cuándo* lo están haciendo y *cómo* podrían mejorarlo si fuera preciso. Al proceso de devolución de información sobre estas cuestiones de ejecución se le llama retroinformar, retroalimentar o dar feedback.

1.11.1. ¿En qué ayuda al profesional retroinformar?

Al devolver información durante la intervención, conseguimos:

- Proporcionar información a las personas afectadas sobre su actuación en el proceso de afrontamiento y facilitarles el que ellos también lo hagan. Es una habilidad que ayuda a regular la calidad de este proceso y percibir la necesidad de introducir ajustes para mejorarlo.
- Que cuando las personas toman conciencia de su actuación y de los resultados alcanzados, son capaces de discriminar sus recursos, sus dificultades, etc. y ponerlos en relación con aquello conseguido y aquello por conseguir.
- Percibir que el proceso de actuación y el comportamiento de la propia persona afectada contribuye a alcanzar los logros y expectativas es reforzante para ésta.

Retroinformar, en definitiva, ha de servir para hacer consciente a las personas afectadas de lo que han realizado –o están realizando– acorde con los objetivos que se desean conseguir y felicitarles por ello. También para estimular y promover cambios en el comportamiento si el logro de dichos objetivos requiere de acciones a modificar o mejorar.

1.11.2. Consideraciones para retroinformar

Al igual que hicimos en lo referente a suministrar información, al devolver información a las personas significativas conviene, coincidiendo con algunas de las consideraciones para informar atender a:

- Buscar el lugar y momento oportuno.
Hay que ser sensible a cuándo y dónde el feedback va a ser mejor recibido. En este sentido, p.e. el feedback es más eficaz cuanto más cerca se ofrece del comportamiento sobre el que retroinforma el profesional. No obstante, en ocasiones puede ser necesario o compensar posponerlo.
- Ser descriptivo.
Siempre que sea posible, hay que procurar basarse en hechos y acciones lo más objetivas posibles más que en opiniones sin fundamento, impresiones o sensaciones. Esto va a hacer que la persona comprenda mejor lo que le queremos transmitir con respecto a su ejecución.
- Ser específicos.
La información es así más útil y se evitan los malos entendidos.
- Ser constructivo.
Esto implica subrayar la información positiva, motivar hacia el cambio de lo mejorable y adoptar y transmitir una actitud que muestre que confiamos en que este es posible.
- Ser útil. Referirse a comportamientos que deberían ser mejorados pero no pueden serlo por las circunstancias que sean, genera más sensaciones negativas (p.ej. frustración) que otra cosa, y hay que valorar la utilidad de “ponerlo sobre la mesa”.
- Comprobar que se ha recibido adecuadamente.
Esto se puede lograr pidiendo opinión, pidiendo aclaraciones sobre la comprensión de lo expuesto, etc.

Adrián, un montañero inexperto, ha quedado atrapado en una pared mientras escalaba. Se encuentra en un notable estado de ansiedad. Otro compañero ha llegado a la cima con dificultad y ha llamado a los Servicios de Emergencia. El Grupo de Rescate en Altura les ha localizado desde el helicóptero. Tras aterrizar en la cima, deciden hacer el rescate descendiendo por la pared para ayudarle a subir. Uno de los miembros del equipo llega hasta él y le da instrucciones sobre la forma de proceder. Comienzan el ascenso juntos. Valentín, el rescatador va indicándole los puntos de apoyo y las acciones a realizar. De igual manera le ofrece retroalimentación sobre la ejecución correcta o incorrecta. “Muy bien ese apoyo ahí con tu pie derecho. Ahora cogeremos impulso para apoyarnos en ese saliente... ¡Casi!...”. Escucha Adrián. Tienes que impulsarte con el pie izquierdo y agarrarte al saliente...”. “¡Así, eso es! De acuerdo, ahora vamos a...”.

1.12. Normalizar

Los expertos en psicotraumatología e intervención en crisis coinciden en considerar que el estado de estrés agudo en que se puede encontrar una persona tras la vivencia de una situación crítica es de hasta cuatro semanas. La continuación de la presencia de síntomas transcurrido este tiempo, iría cobrando a partir de este momento la consideración de trastorno.

En definitiva, en estos primeros días o semanas, las manifestaciones psicológicas de la persona son consideradas *reacciones normales* consecuentes a la *situación anormal* vivida.

Normalizar pasa por validar y dar por lógicas las reacciones de la persona afectada, frente a considerar extraordinaria o patológica su presencia.

Las personas afectadas a veces experimentan una cascada de reacciones fisiológicas, sentimientos, deseos, o acciones efectivas que quizás nunca habían vivido. Algunas de estas reacciones desorientan, asustan y exacerbaban el malestar que ya tienen por la situación crítica sufrida.

Normalizar y validar la experiencia de la persona afectada la ayudará a mantener su consideración de persona “normal” tratando de asumir, procesar y afrontar una situación muy difícil^{5,6}.

Tras un accidente aéreo con múltiples víctimas, Arantxa, una joven técnico en emergencias, voluntaria de Protección Civil ha estado colaborando en la recuperación de cadáveres y restos. En ese momento, en la Base, está conversando con una de las psicólogas destinadas a prestar apoyo a los intervinientes.

Arantxa comenta: “No puedo quitarme de la mente el olor, mientras recogía... ¡qué se yo lo que estaba recogiendo!... Ya he vomitado dos veces... me da vergüenza, pero no he podido evitarlo...”.

Marta, la psicóloga, responde: “Es normal, Arantxa. El trabajo que has tenido que hacer es muy duro. Imagino que es un olor muy fuerte y desagradable... vomitar es algo normal al exponerte a ese tipo de olor y a la fuente de la que proviene...”.

1.13. Resignificar

Dar nombre y ofrecer lógica es ya, en sí mismo, terapéutico.

Pau Pérez-Sales

En ocasiones, el proceso de normalización y validación de la experiencia de la persona afectada, se va a ver potenciado positivamente por la *resignificación* de la manifestación. Resignificar pasa por hacer una “traducción terapéutica” de la vivencia de la persona como un intento de su organismo –incluyendo su psique– de hacer frente a la situación y recuperar el equilibrio homeostático.

Veamos algunos ejemplos de resignificación de síntomas postraumáticos, como respuestas normales ante situaciones anormales⁷:

Resignificación de síntomas postraumáticos como respuestas normales ante situaciones anormales	
<i>Síntomas</i>	<i>Resignificación</i>
Miedo	Reacción de defensa ante un hecho amenazante. Permite protegerse y ser prudente.
Síntomas intrusivos (flashbacks, pesadillas, rumiaciones)	a. Como un intento de dar sentido a la experiencia, como un intento del cerebro de asimilar lo ocurrido, de buscar un final a la película o una explicación. b. Como un intento de la mente por no olvidar a las personas o las cosas que se han perdido en lo ocurrido
Síntomas de anestesia emocional, de despersonalización o extrañeza	Intentos de la mente por desconectarse de la realidad, de poner un poco de distancia respecto al mundo y darse un <i>tiempo muerto</i> de respiro y recuperación.
Intentar evitar situaciones	Un modo de protegerse, de permitirse ir afrontando lentamente las cosas. Dosificar el dolor de las pérdidas para poder digerirlo poco a poco.
Ganas de estar sólo-a y aislarse	Intentos por no perder el control cuando la sensación de alienación o de ser incomprensidos es muy fuerte.
Hiperactivación y alarma	Cuando se está sufriendo una agresión es necesario estar atento a todo, vigilante. Es una actitud del cuerpo agotadora pero que nos protege. Una vez pasada la amenaza ya no es necesario mantenerla, pero a veces el cuerpo sigue manteniendo la alerta aunque el peligro haya pasado.
Resentimiento	Un sentimiento comprensible si no se siente suficiente apoyo.
Tristeza	Un modo de pararse a pensar y prepararse.

Continuando con el ejemplo anterior:

Al día siguiente a la recuperación de cadáveres, Arantxa vuelve a ver a Marta, la psicóloga. Con expresión asustada se acerca a ella pidiéndola hablar. Arantxa comenta a Marta: “No sé que me pasa, desde que me he despertado, de vez en cuando me aparecen imágenes de repente, de restos que estuve recojiendo ayer. Es como si otra vez estuviera allí. Tengo miedo Marta. No sé qué me está pasando”...

Marta la invita a sentarse junto a ella y la dice: “Arantxa, ayer tuviste que hacer un trabajo muy difícil y viste cosas muy duras de ver. Lo que me describes que estás viviendo, es lo que llamamos “flashbacks”. Es una reacción normal. De alguna manera, tu cerebro está tratando de hacer el sabio trabajo de “digerir” y asimilar todo lo que tuviste que presenciar ayer, Arantxa. Aunque no me cabe duda de que es muy desagradable, no has de temer nada porque te ocurra durante las próximas horas o días. Es una reacción normal ante la situación tan extraordinaria en la que te viste inmersa ayer”.

1.14. *Distraer*

Hay intervenciones que por las características de su desarrollo y evolución, nos hacen plantearnos redirigir puntualmente, la atención de la persona afectada, hacia otros aspectos.

Algunas situaciones en las que nos podemos plantear el empleo de esta técnica son:

- Cuando durante operaciones de salvamento/rescate la persona tiende a “engancharse” atencionalmente en algún aspecto de su estado o de la situación que la paraliza, descontrola y/o interfiere con las actuaciones de ayuda.

En una riada, un bombero llega hasta un niño que se halla en el agua, agarrado al tronco de un árbol procurando no ser arrastrado por la corriente. El niño trata de agarrarse al bombero, que aún no ha concluido la tarea de anclarle a él para asegurar el rescate. El bombero contiene físicamente al niño para que continúe agarrado al árbol. “Contéstame a una información que necesito –le dice– ¿De acuerdo?”. El niño afirma en silencio con ojos asustados. El bombero le va preguntando, mientras realiza el anclaje. “¿Cómo te llamas?... ¿Qué estabas haciendo cuando ha llegado el agua?... ¿Cómo lo has hecho para agarrarte tan bien al árbol?...”.

- Cuando la duración de la asistencia y el acompañamiento a la víctima se prolonga en el tiempo y toda la información relevante ya se ha proporcionado sin que haya cambios significativos de los que informar.

Tras una explosión, por un escape de gas en una obra, Fidel, uno de los obreros, ha quedado atrapado bajo los escombros. Se queja del dolor en un brazo y una pierna. Los bomberos han establecido contacto verbal con él y son conscientes de que pasará alrededor de una hora hasta que puedan acceder a Fidel y rescatarle.

Manuel, el bombero que está dialogando con él ya ha obtenido la información sobre su estado. Fidel se muestra angustiado ante el atrapamiento. Pide que le saquen. Manuel comienza a preguntarle qué estaba haciendo en el momento de la explosión y cómo ha vivido el derrumbe. Ahora, mientras siguen apartando cascotes y apuntalando zonas peligrosas, lleva la conversación hacia el tipo de trabajo que estaba haciendo Fidel. De igual manera, le va describiendo los apuntalamientos que van haciendo y cómo van despejando el terreno.

- Cuando la distracción ayuda a conseguir un lugar y momento adecuado para comunicar una mala noticia.

Tras una colisión de tráfico, una de las ocupantes ha salido despedida del vehículo. Es evidente que ha fallecido. A la llegada de los Servicios de Emergencia, éstos evalúan a los accidentados. El conductor de uno de los vehículos, atrapado y herido, va recuperando la consciencia. Los sanitarios que le atienden le ayudan a recordar lo que ha ocurrido. El conductor pregunta: “¿Y mi novia, qué le ha pasado a mi novia?”.

Miriam, la médico, responde: “Joaquín, cada persona está siendo atendida según lo necesita. Ahora nosotras tenemos que atenderte a ti. Vamos a ver, ¿puedes apretarme la mano?... ¡Eso es!, ahora, quiero que estés quieto para...”.

1.14.1. Claves para el empleo de la distracción

Algunas consideraciones a la hora de emplear esta técnica son:

- A) Partir de preguntas acordes con aspectos significativos de la situación y desde ahí, ir alejando su atención de los aspectos interfirientes.

P.e. hacer preguntas relacionadas con la situación^{8,9} “¿conocías el lugar?”, “¿dónde estaban cuando se enteraron de lo ocurrido?”, etc. e ir introduciendo otras que pongan distancia respecto al objeto de atención disfuncional.

Como en el ejemplo del obrero atrapado:

“¿Qué estabas haciendo cuando se ha producido la explosión?... ¿Para qué estabas preparando el cemento, qué te tocaba cementar?...”.

- B) Introducir preguntas procedentes.

Evitar hacer preguntas “sorprendentes” o sin relación, al menos en principio, con la realidad presente de la persona.

Un joven ha tenido un accidente con su bicicleta de montaña. Se queja, llorando, de que tenía una competición el fin de semana siguiente. Uno de los Técnicos en Emergencia desea distraerle para que no llore ni se queje. Le pregunta: “Oye, chavalote, cuéntanos, ¿cuál es tu cantante favorito?”. El joven, sorprendido, no sabe si contestar a la pregunta o pedir al técnico que le deje en paz... Otro de los Técnicos, sorprendido también, toma las riendas y le pregunta... “¿En qué compites?”.

- C) Ser sensibles a la aceptación o no de la pregunta o comentario que hacemos, especialmente si nuestro único objetivo al hacerlo, es distraer.

Volviendo al ejemplo del obrero atrapado, Mariano, uno de los bomberos, con el ánimo de distraerle le pregunta por su acento y de dónde es. Fidel le contesta. “¡Hombre, –dice Mariano– mi suegro también es de allí. Qué buen queso tenéis en esa zona!”.

Fidel guarda silencio inicialmente... murmura un “sí” e inmediatamente pregunta “¿queda mucho para que me saquen?”... Parece que la pregunta distractora no ha tenido efecto. Mariano lo ha intentado, pero abandona el tema al ver que Fidel no parece encontrarse a gusto hablando de ello en ese momento.

- D) Evitar mantener la distracción para soslayar su insistencia por lo que le preocupa –e interfiere con nuestra actuación–, si nuestros intentos de distracción comienzan a ser percibidos por la persona como “*desconsideración por nuestra parte*”. Ser sensibles a su “no aceptación” de la misma.

1.15. Extinguir

La extinción es una técnica utilizada en Psicología del aprendizaje para disminuir la frecuencia de aparición de conductas no deseadas.

Su aplicación consiste en retirar una fuente de gratificación, básicamente la prestación de atención a la persona, tras la emisión por parte de ésta, de la conducta indeseada. Retirar la atención implica comportarse como si no se hubiera visto, escuchado o percibido en general, la conducta que queremos hacer disminuir o desaparecer. Junto a este comportamiento podemos emplear el *reforzamiento diferencial* que consistiría en *sí* prestar atención a la conducta de la persona que sí nos resulta deseable.

Cómo con el resto de las técnicas, es necesario hacer un uso prudente de la técnica y analizar si nuestra decisión de dejar de prestar atención a un comportamiento o demanda de la persona afectada es “lícito” por nuestra parte; no compromete el resto de la relación de ayuda, etc.

Los servicios de urgencia llegan a un domicilio para atender a una mujer mayor con una insuficiencia respiratoria. El hijo de la señora les abre la puerta con evidentes signos de enfado y diciendo: “¡¡Ya era hora, ¿cómo han podido tardar tanto!!”. Mercedes, la médico, trata de mostrarse empática y comprensiva. Comenta que entiende su necesidad de tenerles allí *ipso-facto*, y que han venido lo antes posible... “¡Lo antes posible, lo antes posible! –contesta el hijo– poniendo voz en falsete. ¡No tienen ustedes vergüenza ni respeto por la gente honrada!”. Mercedes retira el contacto ocular con el hombre y le pregunta mirando hacia el interior de la casa “¿Dónde está la paciente?”. Tras contestar, el hombre sigue rezongando. Mercedes habla con su equipo. Sólo se dirige al hombre, para obtener información que la ayude en la diagnosis, para después volver a ignorarle en su discurso insultante. Cuando el hombre pregunta por su madre, recibe respuesta de Mercedes, cuando protesta ante la respuesta que se le dá, Mercedes vuelve a callar o a dirigirse sólo a la señora y a su equipo. El hombre va dejando de rezongar y mostrarse insultante. Parece que sólo están dispuestos a prestarle atención cuando se comporta “civilizadamente”.

1.16. Manejar silencios

*Nada le he dicho ni me ha dicho, y sin embargo,
nos lo hemos dicho todo.*

Juan Varela (Pepita Jiménez)

El silencio es también un recurso para la relación de ayuda. Es una habilidad costosa en cuanto a que en ocasiones causa desasosiego en el propio agente de ayuda, que no se da permiso para ayudar sin hablar o piensa que si no dice nada, no está ayudando todo lo que debería.

El silencio como habilidad implica transmitir a la persona que se “está ahí” y no es necesario ni tan siquiera hacerlo explícito. Su combinación con un contacto físico adecuado, con una mirada, con un gesto, puede ser en un momento dado, más potente que un discurso que puede sonar vacío, formalista o más de ayuda, ante lo embarazoso de la situación, para el que se supone que está para ayudar que para la persona afectada.

José, un niño de ocho años ha desaparecido en un pantano. De momento, los equipos de búsqueda y recuperación sólo han localizado la colchoneta hinchable con la que se estaba bañando.

Alberto, uno de los psicólogos del equipo de apoyo permanece, desde hace horas a la entrada de un Puesto de Mando Avanzado, sentado junto a Matilde, la madre, a unas decenas de la orilla.

Matilde, pañuelo en mano, los ojos enrojecidos de tanto llorar, la voz afónica de tanto gritar llamando a José... Mira hacia la superficie del pantano mientras murmura: “Es desesperante. Sentir como pasan las horas y no aparece... No se lo deseo ni a mi peor enemigo...”.

Alberto, que ha girado su rostro y fijado su mirada en Matilde mientras esta hablaba, voltea la cabeza y mira también a la superficie del pantano. Su mano aprieta ligeramente el antebrazo de Matilde.

2. Estrategias y estratagemas comunicativas en situaciones de emergencia

*A la gente le gusta que le digan lo que tiene que hacer,
pero le gusta mucho más, hacer lo contrario.*

Arranz, Pérez de Ayala, Mafuz y Gijón

Durante la actuación de emergencia, encontramos que el emergencista emplea toda una serie de habilidades de comunicación para tratar de persuadir a las personas afectadas a realizar una serie de acciones, que faciliten llevar a buen término la intervención.

Con algunas personas esta comunicación va a ser “un camino de rosas” en cuanto a que van a seguir las instrucciones de los profesionales de manera inmediata y fluida. Desafortunadamente, no siempre va a ocurrir esto. En ocasiones el emergencista se va a encontrar con diferentes formas de “resistencia” a comportarse de determinada manera, incluso cuando es obvio –para el emergencista– que dicho comportamiento es “bueno” para la persona y para la adecuada resolución de la situación. La “lógica” de la persona en estos casos, es bastante diferente a la del profesional. Querer convencer a la persona desde nuestra “lógica” puede ser un trabajo baldío, e incluso contraproducente. Aquí puede hacerse preciso cambiar la comunicación racional, directa, transparente, por un mensaje planteado desde una lógica alternativa, indirecta, en forma de estratagema. Veamos con detenimiento el resumen aquí realizado.

2.1. La persona afectada se resiste a nuestras recomendaciones

En la relación de ayuda, todos los profesionales soñamos con tener enfrente un tipo de persona afectada:

2.1.1. La persona colaboradora

En este tipo de caso, el patrón de comunicación recomendable es el directo, el racional. Nuestro planteamiento de ayuda lógico para que la persona actúe como queremos, es comprendido, acep-

tado y seguido. La persona afectada se muestra colaboradora en ayudarse y dejarse ayudar.

Este tipo de personas no siempre predomina en las intervenciones. A veces nos encontramos con personas que se resisten a nuestra ayuda, a nuestros razonamientos lógicos para actuar como les pedimos. Veamos estos patrones de resistencia¹⁰:

2.1.2. La persona que quiere colaborar pero es incapaz de hacerlo

Aquí nos encontramos un interlocutor que posee una gran necesidad de salir de la situación en la que se encuentra; sin embargo, sufre bloqueos emocionales y/o conductuales o tiene una percepción muy rígida de la realidad que le impide actuar o colaborar de una manera funcional. La comunicación indirecta es una estratagema que a veces nos va a ayudar a superar el bloqueo y facilitar las acciones deseadas.

2.1.3. La persona no colaboradora y abiertamente opuesta

En estos casos, la persona invalida, protesta o se opone a seguir las instrucciones. En los casos en los que la intervención paradójica es factible –utilizar su propia resistencia para facilitar las acciones deseables– esta será la actuación a considerar.

2.1.4. La persona que no es capaz, ni de colaborar deliberadamente ni de oponerse

Este tipo de persona puede tener una visión de la realidad muy rígida y/o poco razonable. Su “lógica” puede ser extraordinaria o al menos bien diferente a la de los profesionales de ayuda. Hay que escuchar e identificar muy bien esta lógica subyacente y tratar de evitar confrontarla directamente. Más bien al contrario, lo recomendable es tratar de reestructurar su “lógica” sin menospreciarla o contradecirla, sino reconduciéndola como si construyéramos un cauce alternativo, más fluido, al del cauce por el que transcurría su “río” de lógica inicial.

Para conseguir trabajar con personas afectadas que guían su interacción con nosotros con patrones como los descritos (excepto el colaborador), las estratagemas pueden ser recursos útiles a considerar.

2.2. *Sobre las estratagemas*

Como ha quedado claro en el capítulo anterior, la no comunicación es imposible en cuanto existe una interacción, en este caso humana. De igual manera y especialmente en interacciones de ayuda, los procesos de persuasión se hacen inevitables. Cuando tratamos de que una persona ayudada colabore, siga nuestras instrucciones, etc. estamos poniendo en marcha un proceso persuasivo. En cualquier caso, insistimos, a veces el empleo de la lógica racional resulta insuficiente para persuadir a la persona afectada. Ante esta situación, las estratagemas surgen como procesos de interacción comunicativa no convencionales que van a partir del emergencista para tratar de persuadir a que la persona afectada se comporte cómo deseamos.

Es sábado por la tarde y todos los chicos están de vacaciones, excepto Tom Sawyer, que ha sido castigado a blanquear treinta yardas de valla de nueve pies de alto. La vida le parece vacía y la existencia una carga. No es solamente el trabajo aquello que encuentra intolerable, sino especialmente la idea de que todos los chicos que pasen se reirán de él por tener que trabajar. En este sombrío y desesperado momento, refiere Mark Twain, le ilumina una súbita inspiración. Nada menos que una grande y magnífica inspiración.

A los pocos instantes acierta a pasar por allí un chico, aquel ante el cual Tom teme más hacer el ridículo:

—Hola chico, con que trabajando, ¿eh?

—¡Cómo! ¿Tú por aquí, Ben? No me había dado cuenta.

—Me voy a nadar. ¿No te gustaría venir? Pero ya veo que tienes que trabajar, ¿no te gustaría? ¡Apuesto a que te gustaría!

Tom contempló uno momento al otro chico y le dijo: —¿A qué llamas trabajar?

—¿Cómo? *¿Es que eso no es trabajo?*

Tom reanudó su tarea de blanquear y contestó negligentemente: *—Bueno, puede que lo sea y puede que no lo sea. Todo lo que sé es que le gusta a Tom Sawyer.*

—Vamos, *¿no querrás decir que te gusta esto?*

La brocha continuaba moviéndose. *—¿Gustarme? Bueno, no sé por qué no habría de gustarme. ¿Es que un chico tiene ocasión de encalar una valla todos los días?*

Esto lanzó nueva luz sobre el asunto. Ben dejó de mordisquear su manzana. Tom hacía oscilar la brocha elegantemente de un lado a otro, dio un paso atrás para observar el efecto, agregó un toque aquí y allá, volvió a observar con ojo crítico el efecto obtenido. Ben observaba cada uno de sus movimientos y se mostraba cada vez más interesado, cada vez más absorto. De repente dijo: *—Oye, Tom, déjame blanquear un poco.*

Hacia media tarde, la valla tiene tres capas de pintura y Tom está literalmente rebosante de riqueza: un chico tras otro ha repartido con él sus bienes por el privilegio de pintar parte de la valla.

Cit. en Watzlawick, P. *“Cambio”*

Conseguir persuadir mediante el empleo de estratagemas no es sencillo. En realidad conlleva una buena dosis de creatividad y arte. El empleo de estratagemas ha de salvar el primer escollo en nosotros mismos y en nuestra posible reticencia a su empleo. Podemos pensar que utilizar estratagemas para influir en la persona ayudada es una forma de manipulación carente de ética y que fomenta el engaño a la persona ayudada como hace Tom Sawyer con los chicos de su barrio.

En este punto, cabe una vez más recordar que *no se puede no influir*. En este sentido, en cualquier comunicación, más transparente y directa o menos; más racional o más sujeta a argumentos de lógica extraordinaria; estamos influyendo y por tanto, persuadiendo de alguna forma. Lo único que queda, como afirma Watzlawick¹¹, *“es la*

decisión –de la que nunca se nos dispensa– de cómo utilizar responsablemente y de la manera más humanitaria, ética y eficaz, esta ley fundamental de la comunicación humana” (pp.15). Recordémonos que un instrumento no es bueno o malo en si mismo, es el uso que hacemos de él lo que lo vuelve tal¹².

De igual forma, quien rechaza el empleo de una estrategia o estratagema aduciendo su falta de espontaneidad debería considerar que aquello que se define como “espontaneidad” no es más que una serie de aprendizajes convertidos en adquisiciones (hábitos). En este sentido, opinamos como Nardone cuando en este contexto afirma¹²: *“La espontaneidad, como la libertad, es un concepto vago. Se debería desconfiar de ella, para no acabar prisioneros de la propia espontaneidad como de la propia libertad”.*

Antes de pasar a conocer algunas estratagemas, conviene tener en cuenta unas *premisas* importantes:

- Una técnica o estratagema persuasiva no es buena ni mala, es el fin de su empleo el que la hace de una u otra forma.
- Las estratagemas no son útiles o inútiles *per se* sino en función de la persona o situación en que se aplica.
- Cada estratagema implica una orientación para construir una intervención comunicativa creada para la situación y la persona específica.
- El empleo de la estratagema ha de hacerse para que la persuasión lleve a buen fin la interacción. Un fin en el que todos “ganan”: tanto emergencista como persona ayudada.

A continuación se presentan algunas estratagemas del amplio conjunto que existen. Estas provienen de la tradición oriental, la retórica sofista y la psicología social moderna de la persuasión. Hemos querido mantener incluso la denominación tradicional de algunas estratagemas que se describen a continuación y cuya fundamentación puede encontrarse en documentos clásicos y modernos^{12,13,14}.

2.3. Surcar el mar a espaldas del cielo.

Hacer algo que tiene evidentes efectos sin que nuestra acción sea advertida. Mediante esta estratagema se desplaza la atención hacia detalles de nuestra actuación poco relevantes en ese momento, mientras se ponen en marcha las acciones importantes.

Empleamos esta estratagema con eficacia cuando desviamos la atención de la persona afectada hacia aspectos irrelevantes de nuestras argumentaciones –pero que presentamos como importantes y trascendentes– o le damos indicaciones que le obligan a concentrarse en pequeños detalles.

Hay un incendio en un pequeño edificio de viviendas. Se han evacuado los pisos bajos pero no se puede acceder a los altos a través de las escaleras del edificio. Los bomberos han accedido con la escala hasta el balcón donde se encuentra Evaristo. Está presa del pánico y no quiere acceder a la cesta para ser descendido. Sergio, uno de los bomberos, ha accedido al balcón, mientras Román, su compañero, permanece en la cesta, colocada a la altura del balcón. Sergio coge la cabeza de Evaristo. Este solloza y dice que tiene miedo. Sergio le pregunta su nombre. Tras asegurarle oportunamente, le ordena: “¡Escúchame Evaristo; vas a pasar con Román a la cesta! Atiéndeme bien: Te agarrarás a Román apoyando primero tu mano derecha en su hombro y luego la izquierda. Procura no tocarle el casco al apoyarte. Él te ayudará a pasar. ¡Vamos allá, primero apóyate con la derecha y luego con la izquierda!”.

Evaristo accede a la cesta. Ha tenido cuidado de no tocar el casco de Román. Ahora, presa del pánico. Mira hacia abajo y grita “¡nooo, nooo!”.

Román le dice con voz firme: “Evaristo, agárrate a esta barra. ¡Eso es! Procura mantener una separación entre los brazos, similar a la anchura de los hombros y sobre todo, céntrate en apretar bien los muñequés. Muy bien”.

La estrategia resulta indicada en aquellas situaciones en las cuales afrontar directamente el obstáculo que se interpone entre el agente de ayuda y el objetivo resta eficacia a la intervención o la hace especialmente costosa. El desplazamiento de la atención hacia aspectos aparentemente importantes (aunque en realidad poco significativos), tiene la propiedad de que la persona acaba haciendo lo que parecía resultarle imposible.

2.4. Mentir diciendo la verdad

Esta estratagema se basa en nuestra tendencia a acostumbrarnos a practicar un exceso de razonamiento que reduce la capacidad de reacción y respuesta. Dar prioridad a la elaboración mental respecto de las sensaciones recibidas retarda las respuestas y otorga ventaja al objetivo persuasivo que pretendemos. Un ejemplo clásico es la recepción de una crítica con la que no estamos de acuerdo. Con una notable actitud de escucha activa nos mostramos atentos, y manifestamos comprensión hacia el contenido del mensaje para luego responder *“tiene Ud. toda la razón... desde su punto de vista”*.

Una variante de esta estratagema corresponde a la técnica de la confusión. Consiste en despistar al interlocutor con una complicada serie de afirmaciones retorcidas y carentes de un claro sentido, para luego, de golpe, declarar directamente aquello que queremos que acepte. Se produce el fenómeno de que la persona se aferra a lo único claro que encuentra.

Francisco ha tenido un accidente de tráfico en las inmediaciones del municipio en que vive. Ha salido del vehículo por su propio pie y ha tenido tiempo de telefonar a su novia, quien ha acudido con su coche. Los bomberos también han llegado, pero no la ambulancia. Francisco, se encuentra cada vez más dolorido y quiere marchar con su novia al hospital. Los bomberos le han colocado un collarín cervical y le instigan a esperar a la ambulancia. Francisco cada vez está más reacio a esperar.

José Luis, el jefe de la dotación de bomberos le dice: —“Francisco, si no fuera porque te considero inteligente y alguien inteligente no pensaría eso como solución más favorable en esta situación, pensaría que estás en shock y no puedes aceptar lo que te recomendamos; pero yo no te percibo en shock, en comparación a otras personas shockadas a las que a veces vemos, así que lo más inteligente que podemos hacer es *seguir esperando a la ambulancia*”.

Después continúa distrayéndole “¿Vivís los dos aquí, en (nombre del municipio)? Porque tu novia ha llegado en seguida...”.

2.5. Obligar al tigre a dejar las montañas

Evitar aventurarse en el terreno de la otra parte y así poder interactuar en un contexto más favorable.

Ante la posibilidad de que un incendio forestal alcance una zona urbanizada, un Responsable de Protección Civil pide que se evacue la urbanización. El presidente de dicha urbanización está arengando a los propietarios a no evacuar la zona para no acabar “en un albergue, de mala manera”. Algunos propietarios están poniéndose de su lado y expresan su oposición a marcharse.

El Responsable de Protección Civil sugiere al presidente que le acompañe al Puesto de Mando Avanzado para informarle del estado de la situación detalladamente sobre mapas y gráficos y poder hablar “con la información delante”.

De esta forma, el Responsable aísla al líder del refuerzo y apoyo que sobre el terreno está obteniendo y haciéndole “fuerte” en su postura, quedando así en una posición más propicia para ser persuadido.

2.6. Partir después para llegar antes

Se ofrece al interlocutor la posibilidad de hacer el 1º movimiento manteniendo una aparente postura de sumisión (postura one-down)

para, una vez captadas las debilidades argumentales de la persona, beneficiarse de ellas para lograr una posición de superioridad persuasiva (postura one-up).

Como afirma Pascal en uno de sus *Pensamientos*, se trata de ayudar a la persona a ver que se equivoca “fijándose por qué lado considera la cosa, y reconocerle esa verdad, pero revelar el lado en que es falsa. Y él se contenta con eso, porque ve que no se equivocaba y que sólo le faltaba ver todos los aspectos de la cuestión”.

Mediante esta estratagema, se aparenta secundar la visión del interlocutor sin contradecir sus posiciones, aportando argumentos que en apariencia las integran, pero que en sustancia las contradicen.

Un grupo de personas ha estado atrapada unos minutos en un ascensor en una evacuación tras un incendio. Están siendo acompañados al exterior del inmueble. Ramón, una de las personas rescatadas se dirige a uno de los bomberos que les han ayudado: “Hemos estado esperando un tiempo interminable a que alguien viniera a sacarnos del ascensor. Oyendo gritos, oliendo el humo y pensando que nos íbamos a abrasar... ¡Deberían estar preparados para situaciones así!”.

Mariano, el bombero que ha recibido la crítica responde afirmando con la cabeza y mirando seriamente a la persona: “Han sentido que pasaba el tiempo y nadie llegaba a ayudarles... (Breve pausa)... Aunque hemos salido en cuanto nos han avisado, lamento que no podamos llegar antes de estos minutos que inevitablemente tardamos, porque tiene que ser duro estar ahí dentro”.

Ramón insiste: “¡Ha sido angustioso estar ahí!”. Y Mariano responde “¡No me cabe duda! Los pocos minutos que nos ha llevado llegar hasta aquí, se tienen que hacer eternos”.

Ramón calla sin saber muy bien como continuar su crítica. Mariano aprovecha para continuar: “Hay un equipo sanitario esperando en la calle que querrá saber cómo se encuentran uds. Les acompaño para que les atiendan si lo necesitan”.

2.7. Enturbiar las aguas para que floten los peces

Ante el desorden y la confusión, solemos buscar el camino que nos lleve a encontrar una explicación que reordene las situaciones aversivas igual que los peces, en medio de aguas turbulentas, buscan referencias desplazándose hacia la luz de la superficie del agua.

Si ante una persona aferrada firmemente a sus convicciones, o a una actitud, resistente a cambiar, opositorista ante los razonamientos directos, podemos introducir una duda que “desordene su orden” o genere “confusión en su claridad”, su tendencia a querer retomar el control le puede conducir al objetivo que pretendíamos en la relación de ayuda.

Los servicios de emergencia acuden a un domicilio, avisados por la esposa de un hombre que ha ingerido una sobredosis de fármacos. La policía ha llegado antes y llevan un rato tratando de persuadirle para que se levante de la cama y vomite, a lo que Jesús, el paciente, se niega.

Tras obtener la información necesaria, María, la médico les comenta a los policías. “No os preocupéis, Jesús sabrá lo que hace. Por nuestra parte podemos hacer ahora el lavado de estómago, o esperar a que pierda el conocimiento y trabajar entonces de otra forma, aunque el tratamiento sea más duro para él”. Mientras Jesús decide si hacerlo mejor para él ahora o más aversivo después, prepáreme por favor (dirigiéndose a la esposa) dos litros de agua... Bueno Jesús, tu decides cuando te atendemos ¿prefieres la intervención de menos impacto ahora o la de más impacto después?”.

2.8. Torcer aún más algo, para poder enderezarlo

Esta estratagema implica orientar el pensamiento en la dirección contraria a la deseada por el agente de ayuda. La mente de la persona opositora, paradójicamente, se abre a motivaciones o posibilidades

renovadas, en la dirección deseada por el agente de ayuda. Un ejemplo de esto es lo que se obtiene a partir del empleo, en este proceso persuasivo, del “cómo empeorar”. En el momento en que se dirige la atención hacia las posibilidades contraproducentes, se despeja también a las constructivas.

Una pareja de adolescentes de quince años están en la parte exterior de un puente. Dicen que ante la negativa de sus padres de que sean pareja sentimental, están dispuestos a compartir su amor para toda la eternidad.

El policía que se ha alzado como interlocutor de los agentes de ayuda, lleva bastantes minutos tratando de persuadirles para que depongan su idea. Decide orientar sus preguntas hacia la religión y el “después de la muerte”: “¿sois religiosos?”. Ante la afirmación de que son católicos, el policía añade preguntas como: “Siendo el suicidio un pecado, ¿qué recibimiento creéis que vais a tener si os matáis? ¿Dónde vais a ir? ¿Qué evidencias tenéis de que el castigo del infierno no implique que tampoco estéis juntos allí? ¿No será que si os matáis, es probable que os castiguen separándoos para toda la eternidad? Aquí y ahora os quieren separar, pero nadie puede hacer que estéis separados eternamente si vosotros no queréis...”.

2.9. Circular contra lineal, lineal contra circular

Esta estratagema se vale del principio de complementariedad frente al de oposición. Ejercer “palanca” para mover grandes pesos es uno de los numerosos ejemplos que nos ofrece la física de este principio. El judo y el aikido en el ámbito marcial también nos muestran como ante la fuerza lineal, directa del adversario, apartarse ejerciendo una pequeña palanca circular hará que su propia fuerza le haga caer. En la comunicación interpersonal, consiste en invertir rápidamente las tipologías de relación en la base de proble-

mas y conflictos. Ante actitudes dubitativas, rodeos, etc. podemos ser directivos y directos para instigar a la acción o viceversa, como en el ejemplo siguiente:

Un taxista ha sufrido un accidente de tráfico al ser golpeado su vehículo por detrás. Parece tener una contusión cervical. Está enfadado y se queja de que tiene que trabajar y que quiere subir al taxi y acabar cuanto antes con los trámites con la policía y los sanitarios.

Paloma, la médico le dice: “Nos aseguraríamos al 100% de que no tiene nada si fuera al hospital y le hicieran una radiografía. Aunque igual le viene mal asegurarse, si dice que tiene que seguir trabajando... (silencio de la emergencista)... Paloma no ha confrontado directamente la idea del taxista sino que aparenta ceder el control a lo que el taxista decida”.

“Claro que me viene mal –contesta el taxista–, pero tendré que mirármelo...”. El taxista, dándose cuenta de que su afirmación impulsiva no tiene oposición y la decisión y la responsabilidad de su acción queda al 100% en sus manos, se frena y reconduce su decisión.

Paloma salvaguarda la imagen del taxista de la manera siguiente: Responde con gestos afirmativos de cabeza: “Pues estoy de acuerdo con Ud. –responde Paloma– Es muy buena idea lo de mirárselo. Así se asegura Ud. y se queda tranquilo en caso de que no tenga nada, y puede seguir trabajando sin problema”.

2.10. Apagar el fuego añadiendo leña

Esta estratagema implica una autentica intervención paradójica a través de la cual, incitando a alguien a hacer algo (indeseado para el agente de ayuda), consigue el efecto contrario (deseado para el emergencista). Everstine y Everstine¹⁵ nos ofrecen un ejemplo real enormemente ilustrativo:

Una terapeuta del Emergency Treatment Center recibió una llamada para acudir al hogar de una joven pareja con el propósito de determinar si el marido, en crisis, requería o no hospitalización. A su llegada, la psicóloga fue informada de que el marido se encontraba tirado en el suelo, gritando que quería morir porque acababa de descubrir que su esposa sostuvo una relación extramarital. Como la profesional era pequeña y el hombre muy corpulento, determinó que un enfoque directo sería poco aconsejable e ineficaz; además el marido estaba obteniendo una considerable “recompensa emocional” con sus actos, los cuales servían para estimular la humillación y el dolor de su esposa. En consecuencia, la terapeuta decidió aceptar la resistencia del hombre y trató de “anticipar” cualquier explosión de su parte.

Primero dijo a la esposa, con un tono de voz muy severo (y lo bastante alto para que la escuchara el marido), que consideraba que ya había “lastimado” bastante al esposo. Además el hombre necesitaba rodar por el suelo para expresar sus profundos sentimientos de angustia con respecto a lo que ella había hecho. En realidad, era muy posible que tuviera que permanecer en el suelo una hora más antes de expresarse por completo y experimentar alivio. Luego la terapeuta procedió a estimular al hombre a gritar con más fuerza y a rodar en el suelo con mayor intensidad. Después de unos momentos de semejante intervención, el hombre dejó de revolcarse en el suelo y dijo a la terapeuta: “¿Qué le pasa? ¿Está loca?”. La terapeuta respondió que no lo estaba, pero que sabía que él se sentía muy herido y que necesitaba expresar a su esposa la intensidad del dolor emocional que experimentaba. El marido estuvo de acuerdo con su comentario. Everstine y Everstine acaban su descripción afirmando que no fue necesaria ni la presencia de la policía ni el traslado a urgencias psiquiátricas del individuo en crisis.

2.11. Hacer subir al enemigo al desván y retirar la escalera

Esta clase de intervención se utiliza ante la carencia o disminución de flexibilidad y agilidad mental de la persona en crisis. La técnica representa un modo de convencer a la persona haciéndola ver que es ella quién elige. Consiste en generar una descripción situacional en la que se ofrece a la persona opositora la opción de elegir con aparente libertad. La cuestión de que sea *aparente* estriba en que es en realidad una ilusión, ya que se le da a elegir entre dos alternativas presentadas por el emergencista. Es lo que llamamos *ilusión de alternativas* que llevan en definitiva, a que la persona de una forma o de otra, haga lo que de manera fundamental deseamos.

Un paciente ha sufrido una descompensación y ha roto parte del mobiliario de la casa de sus padres, que asustados han avisado a la policía y a los servicios sanitarios. A la llegada de los servicios de emergencia aún ha habido algún conato de violencia que ha contenido la policía. El paciente se muestra reacio a ser trasladado al Hospital. El Técnico sanitario extingue sus comentarios opositoras mientras se centra en obtener información complementaria y cumplimentar una hoja de informe. En un momento dado se dirige al paciente: “Bueno, Tomás, tú eliges y hacemos lo que prefieras: Puedes venir con nosotros en la ambulancia o puedes ir en el coche de policía”.

Como hemos podido ver en los ejemplos de cada una de las estrategias planteadas, las estrategias implican un esfuerzo persuasivo por aliarnos con la persona afectada cuando ésta, por desconocimiento o bloqueo emocional, no accede o acepta inicialmente las líneas de salvamento, rescate o auxilio que los profesionales trazamos.. Así, con las estrategias tratamos de influir “saludablemente” en la toma de decisiones para obtener los mayores beneficios objetivos para la persona afectada, dada la situación en que se encuentra.

3. Un ejemplo de combinación de técnicas: comunicación durante acciones de salvamento y rescate

Es importante recordar que cada técnica por sí sola, no tiene por qué ser útil y eficaz para afrontar el objetivo trazado. La realidad nos va a mostrar como, en función del comportamiento de la persona afectada y la situación concreta, va a ser necesario hacer uso de una combinación apropiada de éstas.

Sin ánimo de que pueda ser considerado un *protocolo* de actuación, ponemos a modo de ejemplo de combinación de técnicas, una propuesta básica de comunicación del emergencista con un accidentado, durante una acción de salvamento o rescate¹⁶:

A) Establecer contacto e Identificarnos

La persona se mostrará más confiada e incluso comenzará a tranquilizarse si le manifestamos nuestras intenciones de ayuda y más aún si nos identificamos como miembros de rescate (socorristas, bomberos, etc.).

B) Dar información e instrucciones

Conviene mantener contacto verbal con ella (sobre todo si no es posible el contacto visual o físico en un primer momento), empleando su nombre y procurando mantenerla orientada hacia nosotros y hacia las acciones de salvamento.

Así, es conveniente dar instrucciones firmes pero en tono calmado, y breves pero concretas.

A mayor estado de descontrol de la persona, mayor firmeza y sencillez en las instrucciones.

A medida que la persona se muestra más calmada y confiada, se le pueden ir explicando las operaciones que se van a realizar o se están realizando ¡siempre que no vayan a alarmarle aún más!

En caso de que las maniobras de rescate (por ejemplo, ser izado verticalmente en camilla por un barranco..., ser remolcado en un salvamento acuático..., descender abrazado a un bombero desde un lugar elevado...) le provoquen ansiedad, es recomendable distraerle.

C) Animar y distraer

Conviene que la persona siga cooperando o al menos no interfiera. Para eso le reforzamos lo que está haciendo bien (por ejemplo, en el caso del descenso con el bombero, “Eso es, agárrate bien al cuello y mírame a mí!, ¡eso es!”). O le distraemos con preguntas neutras (no improcedentes), como por ejemplo, “¿Cómo te has caído?”, “¿conocías el lugar?”, etc., para evitar que se descontrole o se centre en sus posibles respuestas de ansiedad.

D) Tranquilizar

Cuando la persona es puesta fuera de peligro, podemos ocuparnos de su estado emocional paralelamente a la aplicación de primeros auxilios, provisión de abrigo, rehidratación, alimentación, etc.

Recuerda

- Hay todo un menú de habilidades a emplear durante la comunicación con personas afectadas, en situaciones de emergencia.
- La elección y combinación adecuada de las habilidades facilitarán el afrontamiento eficaz de la situación de emergencia y la atención no sólo física de la persona, sino *integral*.
- En algunas ocasiones las personas afectadas no facilitan la labor del emergencista y éste ha de recurrir a estratagemas y habilidades indirectas de persuasión “*terapéutica*” para tratar de que la persona se ayude y nos ayude a afrontar la situación de emergencia.

Para complementar

- Acinas, M^a P. (2004). *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario*. V. (I) y (II). Jaen: Formación Alcalá.
- Bermejo, J.C. (1998). *Apuntes de relación de ayuda*. Cantabria: Sal Terrae.
- Ramos, R. (coord.). *Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes*. Melilla: UNED-Melilla.

Referencias bibliográficas

1. Fernández Liria, A. y Rodríguez, B. (2002). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Bilbao Desclée De Brouwer.
2. Cormier, W.H. y Cormier, L.S. (1994). *Estrategias de entrevista para terapeutas*. Bilbao Desclée De Brouwer.
3. Parkinson, F. (1995). *Listening and helping in the workplace*. Ed. Souvenir Press Ltd. Londres.
4. Costa, M. y López, E. (2003). *Consejo psicológico*. Ed. Síntesis. Madrid.
5. Echterling, L.G.; Presbury, J.H. y McKee, J.E. (2005). *Crisis intervention: Promoting resilience and resolution in troubled times*. NJ: Pearson Education, Inc.
6. Lerner, M.D. y Shelton, R.D. (2005). *Comprehensive acute traumatic stress management*. Ed. American academy of experts in traumatic stress. NY.
7. Pérez-Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
8. Parada, E. (1998). "Psicología aplicada al salvamento". En: Palacios, J.; Iglesias, O.; Zanfaño, J.; Angueira, G. y Parada, E. *Salvamento acuático, salvamento deportivo y psicología*. A Coruña: Xaniño.
9. Parada, E. (1999). "Comunicación con el accidentado durante acciones de salvamento, rescate y primeros auxilios". En Fernández, J. M. (Coord.) (2005): *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Madrid: Pirámide.
10. Nardone, G. y Portelli, C. (2006). *Conocer a través del cambio*. Barcelona: Herder.
11. Watzlawick, P. (1980). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
12. Nardone, G. (2003). *El arte de la estratagema*. Barcelona: RBA integral.
13. Yuan, G. (1995). *Las 36 estrategias chinas*. Madrid: Edaf.
14. Fiorenza, A. (2007). *99 estrategias para superar el miedo, la ansiedad y las fobias. Pequeñas astucias para desatar los nudos de la mente*. Madrid: RBA integral

15. Everstine, D. y Everstine, L. (1992). *Personas en crisis*. México D.F.: Pax México.
16. Parada, E. (2005). "Comunicación con el accidentado durante acciones de salvamento, rescate y primeros auxilios". En: Fernández, J.M. *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Ed. Pirámide. Madrid

6

Comunicación con niños en situaciones de auxilio y emergencia

Rodolfo Ramos Álvarez

M^a Dolores Portela Oviedo

En este capítulo intentaremos dar respuesta a las principales interrogantes que se plantean alrededor de la actuación en incidentes críticos con niños, haciendo especial hincapié en la comunicación con ellos. Por este motivo, los objetivos perseguidos son:

- Aprender a comunicarse de forma efectiva con menores en cualquier situación de rescate y emergencia, teniendo en cuenta los principales factores que en estos contextos pueden influir de forma negativa en sus reacciones.
- Reconocer las principales señales de los impactos cognitivo y anímico en el personal de rescate y emergencias después de tratar con niños o bebés en peligro, examinando la normalidad o no de estas reacciones.

Se ha producido un accidente de tráfico en el que hay varios heridos implicados. Entre ellos se encuentra Manuel, un niño de siete años, que permanece atrapado en el interior de su coche. Los bomberos tendrán que realizar maniobras de *extricaje* para poder rescatarle. Esto implica un procedimiento que conllevará bastantes minutos.

En diferentes momentos todos los profesionales presentes (bomberos, policía, sanitarios...) tendrán que intervenir con el menor: durante el salvamento, en la aplicación de primeros auxilios y/o en la atención médica, en la recogida de información sobre los hechos, mientras se localiza a sus familiares, en el traslado hospitalario...

1. Introducción

La intervención en situaciones de emergencia con niños conlleva una serie de diferencias respecto al trabajo con adultos; diferencias que la intuición nos apunta, el análisis teórico y racional del tema nos explica y la práctica nos confirma.

A pesar de estas particularidades, y aunque muchos emergencistas manifiestan la necesidad de formación especializada, es muy complicado localizar información relevante experta sobre la comunicación con niños en urgencias y rescates. Nos adentramos, pues, en un terreno donde los conocimientos prácticos van, en ciertos aspectos, muy adelantados a su síntesis teórica y reflexiva, aunque, a veces, estén impregnados de algunos juicios erróneos. En este sentido nos contaba un policía local:

“La verdad es que no he leído nada sobre cómo tratar a los niños, ni tampoco nadie me ha enseñado sobre ello, ni en la academia (de policía) ni después. Pero estoy seguro de que la intuición no me ha fallado cuando he tenido que socorrer a un menor. Le he dado la razón en todo y le he dicho lo que quería oír. Si decía que avisara a su padre o a su madre yo le decía: ya le hemos avisado. Aunque yo no sabía si mi compañero lo habría hecho ya o no”.

En cualquier caso, los profesionales que han experimentado la situación de socorrer a un menor conocen las singularidades que este proceso supone. No siempre de forma explícita, pero sienten que su comportamiento cambia desde el mismo momento en que reciben la información de que intervendrán con un párvulo, ya sea en el trayecto de la ambulancia o en el camión de bomberos, en la atención al accidentado, en la forma de comunicarse con la víctima, en el procesamiento posterior de todo lo percibido, en la preocupación por las secuelas que sufrió, si logró o no sobrevivir... Tal y como afirma una enfermera:

“Cuando se recibe la noticia de una urgencia con un niño el ambiente en la sala cambia. Las conversaciones se paran. Todo el mundo sabe que es una situación problemática. Los que tienen hijos inevitablemente comparan con sus hijos. Incluso los que no los tienen ven estas situaciones como algo anormal”.

El personal de emergencias puede encontrarse multitud de situaciones en las que se halle implicado un menor: caídas, accidentes de tráfico, incendios, catástrofes... Enfrentarse a una situación crítica donde hay niños involucrados, independientemente de la variedad contextual en la que nos encontremos, es uno de los escenarios más complicados en los que un agente de ayuda debe intervenir. No saber muy bien cómo reaccionar en esos momentos de crisis, o no estar seguro de haberlo hecho de la mejor forma posible, genera *a posteriori* un malestar especial en el profesional que resulta necesario aprender a identificar, controlar y manejar.

Respecto al primer objetivo de este capítulo, se considera clave que el personal de emergencias conozca y maneje una serie de componentes específicos de la comunicación en la atención a los menores, como por ejemplo, la adecuación del lenguaje empleado a las características de su interlocutor, o el correcto manejo de las propiedades asociadas a su rol.

La adquisición del segundo objetivo es también primordial, pues una de las primeras conclusiones que hemos extraído de las entrevistas realizadas a experimentados profesionales en la atención de urgencias y rescates con niños, como enfermeros, bomberos, médicos y policías, es la existencia de un elemento común: la inevitable comparación con la vida personal. Se coteja muy a menudo la situación experimentada con la propia biografía a través de la pregunta: “¿Qué habría hecho yo, cómo habría reaccionado, si fuera mi hijo/a el afectado?”. En ocasiones, es un familiar con una edad parecida a la víctima, otras veces es cierto parecido físico, o semejantes aficiones... En cualquier caso, este paralelismo conlleva una clara afectación anímica y genera estrés. Por otro lado, frente a la preocupación de los agentes de ayuda, sorprende descubrir en las conversaciones mantenidas con algunos menores atendidos en salvamentos y rescates, que muchos de ellos vivieron esos momentos, en cierta manera, como incrédulos observadores externos al suceso, aunque presentando los síntomas propios del estado de *shock* en el que se encontraron inmersos.

Así, para el logro de este segundo objetivo, nos planteamos, por un lado, la atención a los propios sentimientos, reconociendo la aparición de emociones negativas tales como pena o ansiedad como normales ante el evento en el que se participó; y, por otro lado, la detección de la necesidad de buscar ayuda o apoyo ante la recurrencia de imágenes intrusivas estresantes.

Para alcanzar ambos objetivos presentamos una exposición teórica clara de los contenidos que todo técnico de emergencias debe conocer en este tipo de situaciones, ilustrándolos con experiencias reales y ejemplos prácticos. Para cerrar esta introducción con una ejemplificación de lo expuesto, ofrecemos el relato de un niño de doce años superviviente en el accidente de avión ocurrido en Málaga (España) en agosto de dos mil uno. Seguidamente, en pos de una mayor claridad expositiva de los contenidos y experiencias recabadas, efectuaremos en los apartados posteriores una relación cronológica de las pautas más importantes que debe conocer el profesional que interviene en la atención y rescate con menores.

Afirma que lo recuerda como si hubiese pasado ayer y ya han pasado varios años. No perdió el conocimiento en ningún momento. Durante mucho tiempo tuvo la sensación de que era un observador externo. No tiene la impresión de que el tiempo que pasó hasta su rescate fuera muy largo. Se golpeó la cabeza con el asiento delantero cuando el avión chocó contra el suelo y como consecuencia quedó muy mareado. Tardaron unos diez minutos en llegar las primeras personas, desde que el avión se estrelló hasta que abrieron la puerta. Durante este tiempo se quedó mirando a la gente de su alrededor. Vio a gente llorando, mucho polvo y sangre. Empezaron a sacar a la gente que estaba más cerca de la puerta de salida del avión. Entraron dos guardias civiles y se llevaron a la azafata que estaba grave, tenía los huesos de las muñecas salidos hacia fuera. El hombre que abrió la puerta del avión fue quien le quitó el cinturón, lo cogió de la cintura y lo pasó al guardia civil que lo dejó en la carretera. Mientras lo sacaban pudo ver a un hombre al que le faltaba un pie. Se le acercó una mujer que no conocía y le habló. Iba con su coche y frenó al ver el accidente. Le preguntó por qué lloraba. Él contestó que por su madre. Ella le respondió: “No pasa nada, tu madre está bien”. La mujer realmente no sabía nada de la situación. A él le dolía mucho la espalda y no se podía mover por el dolor. Tenía la mente en blanco, no sabía qué pensar, estaba bloqueado. Se preguntaba qué habría pasado. Miraba las cosas como si no estuvieran pasando realmente. Alguien que vino en las ambulancias se le acercó y, sin decirle nada, le entregó una plaquita con un número. Pensó que era algo que le daban para identificarle, hasta que se percató de que mucha más gente tenía el mismo color de placa que él. Especuló entonces que aquello era para decir qué personas estaban más graves. Su placa era de color “naranja”. Se preguntó para qué serviría el color. Le dio su tarjeta a su madre. Se acercó un médico con gafas a reconocerlo. Le midió el pulso y le pinchó en un dedo. Mientras le hacía todo esto no le habló. Cuando todo el mundo estuvo fuera del avión siniestrado les dividieron en distintos

grupos para llevarlos a diferentes hospitales. A su madre, a él, y a dos ancianos más, les transportaron en un coche de la policía. Comenzó a sentir un miedo increíble y un pánico terrible cuando llegó al hospital. Antes era como si no pudiera creer lo que le había pasado. Allí empezaron a preguntarle cosas: su nombre y qué le dolía. Así empezó a sentir el pánico.

2. El primer contacto

Hay dos formas fundamentales de llegar a tener el primer contacto con cualquier emergencia: encontrarse con ella de forma inesperada, sin que haya tiempo para un procesamiento de la información o del escenario; y llegar hasta el lugar crítico después de recibir un aviso, más o menos detallado, por un canal de información formal o informal. En este último supuesto el primer impacto lo recibe normalmente quien recoge el mensaje, usualmente por una llamada de teléfono.

2.1. Emergencias infantiles y veracidad del relato

Una de las primeras preguntas que se suelen formular quienes reciben la información, o quienes deben transmitirla a los profesionales que ejecutarán la atención directa al menor, es la veracidad de los datos facilitados cuando éste es quien llama solicitando la ayuda. No es una situación muy usual, pero sucede esporádicamente. Por este motivo veremos qué herramientas y capacidades tienen los menores para mentir según su edad, siendo, además, esta información relevante para todos los momentos que dure la actuación, especialmente cuando no existe un contacto visual directo con el atendido, por ejemplo porque se encuentre detrás de una puerta bloqueada.

El engaño intencionado por parte de un niño implica una manipulación de la conducta de los demás a través de la manipulación de la información con el objetivo de inducir una creencia falsa. Mentir supone poseer al menos dos habilidades cognitivas que no se dan nunca antes de los tres años, pero que generalmente emergen alrededor de los cinco, apareciendo más tempranamente cuando mayor es el cociente intelectual¹:

- Capacidad del niño de advertir la existencia de opiniones falsas en el juicio de los demás.
- Posibilidad de ocultar la verdad y expresar algo que se conoce como ciertamente falso.

2.2. Niños desconcertados y reacciones desconcertantes

Confirmada la información recibida, es muy importante que sepamos, respecto a lo que esperamos hallar en la situación, que no existe una pauta fija de acción entre los menores a la hora de colaborar o no en la urgencia. El reflejo de orientación (o reacción de alerta), entrenado por la práctica en el personal de emergencias, conducirá al profesional a fijarse en los elementos clave para una intervención eficaz², mientras que en el menor, dicho reflejo le llevará a atender en el mejor de los casos, a toda la información disonante (o información que produce tensión psicológica), que en determinados contextos de urgencias puede llegar a ser toda la que le alcance.

Como ejemplo de reacción inesperada, a continuación reproducimos la noticia difundida por la agencia Europa Press el diecisiete de agosto de dos mil siete. En ella se cuenta cómo unos niños enterrados en escombros, con su vida en juego, no sólo no piden ayuda, sino que al ser rescatados se marchan corriendo.

Los equipos de rescate, que trabajan en el lugar donde el pasado martes explotaron cuatro camiones bomba que causaron centenares de muertos en el norte de Irak, han encontrado con vida a cuatro niños entre los escombros de la ciudad de Qahtaniya, una de las poblaciones golpeadas por los ataques. Saad Muhanad, un miembro del gobierno municipal, explicó que los menores estaban enterrados bajo las ruinas de una casa cerca de donde estaban jugando cuando las bombas explotaron. “No les oímos pedir ayuda hasta momentos antes de que una máquina excavadora casi acabara con ellos cuando se acercó al lugar para despejar la zona de escombros”, destacó. Según Muhanad lo primero que hicieron los pequeños al ser liberados fue empezar a correr por las calles... “En un rato, algunos de sus familiares llegaron y se los llevaron”, señaló.

Asumimos que los accidentes, desastres y demás situaciones traumáticas, son desconcertantes para todas las personas que se ven afectadas, provocando a veces conductas inesperadas; pero son especialmente los niños, las personas de edad avanzada y las personas con discapacidad, quienes corren un riesgo mayor de trauma, y por tanto, deparan unas conductas más imprevisibles. Además, desde la psiconeurología se nos confirma que tanto las primeras fases del desarrollo de la persona, la infancia, como las últimas, la senectud, son las de mayor vulnerabilidad al agotamiento psicológico. En estos períodos, los cambios en el sistema inmunitario inducidos por el estrés tienden a ser de mayor magnitud y duración³. Por ejemplo, el menor que sufrió el accidente aéreo, cuyo caso se ha expuesto al final de la introducción, tuvo que ser atendido durante meses por manifestar síntomas de un Trastorno de Estrés Postraumático.

En una situación de emergencia, los niños pierden de forma temporal su visión del mundo como lugar seguro y predecible. Así, es probable que hallemos al menor con miedo. Los niños tienen temor de lesionarse o morir principalmente, pero, además, de que lo sucedido pueda volverles a ocurrir a ellos o a su familia. A la mayoría de los niños les resulta difícil entender el daño, las lesiones y las muertes que pueden surgir de un hecho inesperado o incontrolable. Por ello, el modo en que un adulto, sea un agente de ayuda o un familiar, reaccione ante el niño, durante y después de un acontecimiento traumático, puede ayudar a que éste se recupere más rápidamente y de forma más completa.

*Nuestro comportamiento con el niño durante y después
de la situación de emergencia puede ayudarle a recuperarse
mejor y más rápido.*

Al mismo tiempo, una gestión adecuada en tiempo y recursos puede hacer más predecible la reacción del menor. En esta línea nos relataba un técnico de Salvamento y Seguridad Marítima:

“En general todos los niños suelen quedarse callados después de ser rescatados del mar, se derrumban, lloran o se me agarran y no quieren soltarse. Recuerdo concretamente el rescate en el mar de un niño de ocho años que hasta que no le dije que ya podía respirar no lo hizo. Siempre intento transmitir mensajes de tranquilidad porque si el pánico se apodera de la víctima no sabrá hacer nada aunque tenga la competencia para realizarlo. No puedes jamás fiarte del mensaje que te envía el niño antes de ser rescatado, puede parecer tranquilo y calmado, y no ser así en absoluto. Tienes que intentar acertar a la primera en el rescate o el menor incrementará casi seguro su nivel de nerviosismo. En muchas ocasiones es el mismo rescatado con una conducta imprudente quien pone en peligro el éxito del rescate”.

De igual manera, como ya afirmamos anteriormente, es bueno que el emergencista conozca pautas para hablar y controlar el pánico del menor (veremos técnicas con este propósito en el siguiente apartado), pero, al mismo tiempo es útil que, en caso de que se presenten, conozca la normalidad de los síntomas propios de una intervención de urgencia donde está involucrada la vida de un menor.

El colchón psicológico (o capacidad de afrontamiento adecuado al estrés) desarrollado por el profesional de emergencias para realizar cotidianamente su labor hace que, en condiciones normales, sea llevadero tratar con adultos, e incluso que pueda asumir con relativa naturalidad que estos fallezcan. Pero esta capacidad apropiada de afrontamiento parece disminuir en algunos profesionales cuando se trata de niños, especialmente cuando existe una interacción con situaciones personales. En este sentido son reveladores los testimonios de dos enfermeras:

“La reacción cambia desde el momento en que se sabe que es un niño. Se nota ya en el traslado de los técnicos hacia el lugar. Las reacciones son diferentes. Hay más silencio. La entrada en el lugar es diferente, a nivel emocional, cuando hay menores”.

“Llevaba tiempo queriendo quedarme embarazada y aquel día, bien temprano, estando en el trabajo, me llamaron para darme la buena noticia. Apenas disfrutaba del momento, llamando a mis amigos y familiares cuando una mujer entró en Urgencias corriendo con su bebé en brazos en parada cardio-respiratoria. Me lo echó encima y según lo recibí se lo entregué a mi compañera que inició la reanimación. Fue instintivo. Después me lo he reprochado muchas veces, pero no estaba preparada para una ironía de la vida de ese calibre”.

Ocurre, como a veces observamos, que cuando el atendido es un bebé o un niño, y se encuentra en una situación de extrema gravedad, resulta inevitable la confrontación con lo injusto de la situación, o la comparación con la propia biografía. Es una circunstancia que, aparentemente, no sucede con la misma frecuencia en la atención de adultos, aunque, en cualquier caso, los emergencistas afirman sobrellevarlo por su formación y profesionalidad.

2.3. Los niños y su percepción del profesional de emergencia

Retomando el hilo del primer contacto entre el menor y el personal de emergencias, trataremos ahora la importancia de los estereotipos con relación a lo que el niño espera de estos profesionales en la intervención de la urgencia. Para analizar la opinión previa que tienen los menores sobre los agentes de ayuda hemos recogido las respuestas de más de doscientos niños y niñas de edades comprendidas entre los tres y los doce años a los que se les planteó esta cuestión: “Si tienes un accidente muy grande e importante, en el que te has hecho una herida con mucha sangre, ¿quién viene a ayudarte? ¿Qué crees que harán?”. Los resultados indicaron que cuanto menor es la edad del niño más posibilidades hay de que se efectúen falsas estimaciones sobre lo que pueden o no hacer los médicos, enfermeros, policías, bomberos, etc., debido a que no disponen de suficientes experiencias e indicios fiables para generarse unas expectativas adecuadas.

Por ello, en el encuentro del niño con el desconocido, una vez que éste se ha identificado, será su atuendo, junto a la expresión de su rostro, los gestos, la voz, el tono, la firmeza de su actuación, los que harán que se genere unas expectativas acertadas u otras más incorrectas. Estos resultados están en consonancia con los estudios actuales sobre estereotipos⁴.

Otra situación bien distinta es la que sucede con los familiares cuando están presentes. Es común entre los profesionales implicados que, al llegar al escenario de la urgencia, tengan la sensación de ser percibidos como una esperanza frente a la emergencia. No obstante, cuando no cumplen o colman las expectativas generadas previamente, sobre todo porque se efectuó una infravaloración de la gravedad de la urgencia por parte de los familiares o porque se sobrevaloraron las capacidades de los agentes de ayuda, se produce un choque que puede concluir con amenazas e improperios.

“Atendimos en Melilla a un niño de catorce años en una de las fronteras entre España y Marruecos que normalmente está cerrada al tránsito. Le habían apuñalado en Marruecos en una boda que se celebraba en un pueblecito cercano a Melilla. Sus amigos y familiares lo cogieron en brazos y se lo llevaron hasta la frontera. Abrieron expresamente para él la frontera, nos avisaron, y cuando llegamos, como siempre, nos dijeron que habíamos tardado mucho. El niño estaba fibrilando. Comenzamos a desfibrilar, y con cada descarga la sangre salía a borbotones por la boca. El olor se me metía por la nariz y tardó tres días en desaparecer. La familia se agolpó alrededor mientras actuábamos porque no había policía que los separara de nosotros. Supimos que no podíamos hacer ya nada por el niño mientras veíamos que la familia cogía piedras para golpearnos. Salimos en reanimación de allí sabiendo que no podíamos hacer ya nada. Lo correcto hubiese sido dejarlo allí y que la policía avisara a un juez, pero temimos por nuestra integridad”.

3. La atención directa al menor en situaciones de auxilio, rescate y salvamento

“Hubo un incendio hace seis años en una casa cerca del cementerio. Una señora estaba bañando a su hija de corta edad y la dejó sola unos minutos para preparar la cena. La niña se ahogó. Cuando la madre descubrió lo sucedido entró en estado de *shock* y se quedó paralizada con la menor en brazos. La cocina, donde había dejado el fuego encendido con la comida, ardió, incendiando la casa completamente. La llamada que recibimos fue que había un incendio y dos intoxicados por inhalación de carbónico. No nos dijeron entonces que era una menor de 18 meses. Al bajarme de la ambulancia lo primero que vi fue a los bomberos haciendo la reanimación básica a un bebé desnudo en la acera. Llegamos y se apartaron. La gente se alegró al vernos como si fuera seguro que la pudiéramos reanimar. El tiempo de la reanimación se me hizo eterno. Pude pensar en muchas cosas. Iniciamos la reanimación avanzada en la ambulancia. La doctora que venía con nosotros tenía también una hija de la misma edad. Como estaba en parada le inyectamos adrenalina diluida. En ningún momento la niña dio señales de salir de la situación. Estuvimos allí unos quince o veinte minutos. Se avisó al hospital que íbamos de camino. En cuanto llegamos a Urgencias y abandoné la situación, al dejar a la niña en manos de otros compañeros, estuve llorando largo rato. Cuando llegué hice lo mismo que habían hecho conmigo los bomberos. Fue como dar el relevo y sentir un alivio relativo, en el que sientes que te desprendes de parte de la carga y te permites oír a tus sentimientos. No es algo que se decida conscientemente”.

Comenzamos este apartado resaltando la existencia de aquellos elementos ajenos a la propia emergencia y a la formación de los profesionales que inciden en su resultado final. Las situaciones de auxilio, salvamento y rescate no constituyen el marco más adecuado para una comunicación eficaz, con la existencia de ruido ambiental, el desarrollo de escenas aterradoras, la parálisis por el miedo, el des-

control emocional..., y por ello, se hace necesaria una organización cuidada de los componentes que conformarán la actuación. Hay numerosos factores externos a la intervención que influyen en mayor o menor medida, como nos constata un experimentado miembro de Salvamento y Seguridad Marítima:

“Me cuesta asimilar que vaya gente al lugar del siniestro por curiosidad, como a contemplar un espectáculo, no para colaborar. Uno puede reconocerlos porque comienzan a ayudar un poco cuando los miembros de los Cuerpos de Seguridad del Estado despejan de curiosos la zona. Su ayuda es mínima, cuando no estorban, y realmente lo hacen para poder seguir mirando”.

El clima adverso, la presencia de curiosos, de voluntarios sobrepasados por la situación, la falta de recursos adecuados, etc., hace que en ocasiones, todo aquello que pueda contribuir negativamente al rescate del menor surja, o parezca surgir, en el momento más inadecuado. Y a mayor inexperiencia y menor competencia de los responsables en la gestión de la situación, más se reparará en los inconvenientes externos.

Una vez realizada esta apreciación, desplegamos una serie de pautas fácilmente aplicables a cualquier situación de salvamento, rescate y primeros auxilios⁵, para seguidamente observar los matices que afloran en el análisis detallado de cada paso, viendo de forma clara la idiosincrasia de la intervención en emergencias con niños.

COMUNICACIÓN DURANTE SALVAMENTOS,
RESCATES Y PRIMEROS AUXILIOS

- Identificarnos.
- Gestionar la información relevante:
 - Dar información e instrucciones.
 - Responder a las necesidades de información.
- Escuchar.
- Animar y distraer.
- Tranquilizar.
- Explicar lo que se hace.

Este modelo de actuación, igualmente válido para el auxilio de un menor que de un adulto, expone su primera diferencia en el trato con niños desde el primer momento.

3.1. Identificarnos

Una vez decidamos aproximarnos al niño con el objeto de identificarnos, deberemos hacerlo sin brusquedad, sobre todo si son niños muy pequeños, y estableciendo una *distancia apropiada* que no le intimide. Normalmente, ante una víctima, y especialmente si se trata de un bebé o niño muy pequeño, tendemos enseguida al contacto físico, para abrazarlo y acercarlo a nosotros. Con los menores, y más si son víctimas, “se nos van las manos”, por lo que debemos controlar esta tendencia al menos hasta haber establecido un apropiado *rapport* (relación mutua de empatía).

Deberemos cuidar de forma especial todos nuestros gestos y movimientos, ya que la información no verbal va a cobrar un mayor protagonismo.

Al dirigirnos al menor, es importante que nos situemos dentro de su campo visual y, si es posible, que mantengamos *contacto ocular*, e intentemos *manifestarle nuestra ayuda*, identificándonos como miembro *profesional de rescate*: bombero, policía, sanitario... En este tipo de situaciones solemos obviar que la víctima no sabe quiénes somos ni lo que vamos a hacer, y si no se lo especificamos, aunque vayamos con nuestro uniforme, es posible que no lo pueda deducir, lo que puede crearles una mayor sensación de inseguridad y ansiedad. Los niños generalmente están educados para no hablar con extraños, por lo que, insistimos, es clave identificarse.

Toda la información que le demos deberá ser simple y concreta, apoyada con gestos y centrada en el aquí y ahora.

Durante el rescate del niño de siete años que permanece atrapado en el interior de su coche, uno de los bomberos se dirige al niño y, mirándole a los ojos, le dice: “Hola, me llamo José y soy bombero. Estoy aquí con mis compañeros para ayudarte. ¿Cómo te llamas?”.

3.2. Gestión de la información relevante

El siguiente paso es ajustar el lenguaje al destinatario, modificando la manera de dar las instrucciones para que el menor comprenda lo que se le está pidiendo y lo que se espera de él. Para ello hay que adaptar la comunicación a las capacidades mentales de la víctima si queremos entablar un diálogo con el fin de tranquilizarle o de informarle y explicarle cualquier aspecto del rescate.

A través de un lenguaje sencillo, claro y adaptado a la situación y edad del niño podremos propiciar el control de las reacciones emocionales que éste pueda tener.

Si en el proceso de comunicación y obtención de la información precisamos conseguir un relato de lo sucedido, y le pedimos que rememore lo ocurrido, es muy probable que el estado de ansiedad le impida hacer una narración ordenada. Las habilidades de memoria que exhiben los niños son inferiores a las de los adultos y, entre ellos mismos, el peor rendimiento aparece ligado a contextos y situaciones desconocidas⁶, aunque no por ello la información facilitada al agente de ayuda será menos productiva o exacta⁷.

Para una óptima comunicación con el niño, debemos tener en cuenta en todo momento:

- La *edad del niño*, ya que ésta determina tanto la capacidad de comprensión como sus habilidades de control y afrontamiento de la situación.
- El *estado físico* y la presencia o ausencia de *dolor*, pues influirá en su capacidad de atención y respuesta a nuestras demandas.

- El *estado anímico*, influido por variables tales como el tiempo transcurrido desde el suceso hasta la llegada del primer auxilio, el tiempo de exposición a la situación de riesgo, el grado de apoyo recibido y percibido, etc.
- La existencia de una *discapacidad mental*, que puede limitar no sólo la comprensión de las instrucciones sino también la expresión verbal y/o dificultar la colaboración, si fuera necesaria.

A la hora de dar instrucciones y facilitar información, es fundamental considerar el nivel de desarrollo del niño y su nivel de alteración emocional, ya que éstas deberán ser más sencillas y firmes cuanto menor sea el primero y mayor el segundo.

Al iniciar el contacto tenemos que asegurarnos de que nos está prestando atención, valorando tanto las respuestas verbales de confirmación como la comunicación no verbal. La información se suministrará con dos objetivos claros:

- *Facilitar las labores de rescate y auxilio de los profesionales*, orientando la conducta de las víctimas hacia acciones más adecuadas. En esos momentos puede ser de utilidad *animar* al niño llamándole la atención sobre aquello que está haciendo bien: “¡Eso es, sujeta esta cuerda mientras yo la ato!”, o bien distraer su atención con preguntas neutras para que no se centre en sus conductas de ansiedad y evitar que pueda descontrolarse. “¿Habías venido antes a este lugar?”, “¿cuántos años tienes?”. Una vez que el niño está fuera de peligro, y durante las labores de primeros auxilios y atención de las necesidades básicas, se puede prestar atención a sus respuestas emocionales.
- *Tranquilizarle*, anticipando lo que va a ocurrir a continuación (siempre que esto no le vaya a alterar más) y haciendo la situación más previsible.

A la hora de interactuar con ellos, deberemos procurar transmitirles sensación de seguridad y control sobre la situación.

Antes del extricaje, José, el bombero, le dice al niño: “De acuerdo Manuel, ahora oirás algunos ruidos fuertes que tenemos que hacer para ayudarte. Tienes que estar muy quieto. Haz una cosa: piensa en el juguete que más te gusta y cuando pare el ruido me dices qué es. ¿Lo has entendido?”.

Mientras se realiza la maniobra añade: “Perfecto Manuel, lo haces muy bien. Sigue así. Aún queda un poco para que terminemos”.

En situaciones críticas con niños, al igual que con los adultos, resultan de especial importancia las habilidades de comunicación y el estilo asertivo. Otros aspectos cruciales en referencia a dichas habilidades son los siguientes:

- *Mantener la calma.* Mostrar tranquilidad y transmitir serenidad y confianza.
- *Ser honestos con nosotros mismos.* Si sospechamos que no vamos a ser capaces de comunicarnos con propiedad, es mejor que deleguemos en otra persona.
- *Validar los sentimientos* que exprese el niño. Ayudar a identificarlos y controlarlos sin juzgar si son buenos o malos.
- *Disculpar o deshacer la falta.* Muchos niños se sienten culpables de lo que les ha pasado. El profesional debe intentar hacerles entender que no tienen la culpa.
- *Respetar el derecho del niño a expresar* todo lo que siente y piensa.
- *Dar información.* Es importante informar al niño cuando se encuentre preparado para comprender. También es importante no sermonear.
- *Moverse a través del proceso.* En algunos casos es fácil saber o predecir los pasos que va a seguir el proceso, por ello podemos ayudar a los niños dándoles información y hacer más predecible lo que les va a ocurrir.
- *Explorar recursos.* Tan pronto como sea posible, el profesional deberá explorar con el niño los recursos disponibles y el sistema de apoyo más adecuado para él.

- *Pedir la ayuda del niño* si el profesional necesita conseguir contactar con miembros de la familia o allegados. El niño y el profesional deben definir juntos las necesidades y movilizarse hacia las soluciones, dando alternativas y permitiendo que sea el niño el que llegue a la solución más adecuada.
- *Leer entre líneas*, es decir, *estar atento a todas las señales verbales y no verbales*, las propias y las de la víctima, para interpretar una comunicación real y coherente.

Este último punto resulta de especial interés, ya que, como ya se ha mencionado anteriormente, no sólo hay que cuidar el lenguaje utilizado en la intervención con el menor, sino también los gestos. Esta prudencia se debe tener no sólo en consideración del atendido, dado que puede reaccionar de forma muy positiva o negativa ante nuestro lenguaje corporal, sino también por todos los presentes en el contexto de urgencia. Gesticular es mucho más que mover las manos o el cuerpo, ya que contribuye a la elaboración de significados en el cerebro, apoyando o rebatiendo el mensaje verbal comunicado. Podemos pensar, de forma errónea, que en la atención a bebés y niños las expresiones corporales no son tan importantes. Sin embargo, algunas investigaciones recientes apuntan a que los bebés entre los nueve y los doce meses ya comienzan a usar y comprender gestos con intencionalidad, apareciendo la sincronía con las palabras a partir de los dieciocho meses de edad⁸.

El lenguaje corporal del menor y su interpretación por parte de los que le atienden también puede llevar a equívocos. El motivo principal es que existe mucha literatura pseudocientífica al respecto, proveniente sobre todo de los libros de autoayuda. Ésta ha generado opiniones sobre el lenguaje corporal y su interpretación sin fundamento científico y, sin embargo, firmemente asentadas en el saber popular⁹. El profesional de emergencia no puede caer en el error de pensar que los gestos del niño atendido ofrecen un significado inequívoco, sin referencia al contexto y su estado emocional. Inferir correctamente el significado del lenguaje no verbal pasa, en

las condiciones de rescate y atención de urgencias, por la atención a las incongruencias emitidas por el niño con su comunicación verbal, prestando especial atención en este proceso de análisis, a las condiciones ambientales y anímicas como mediadoras de la respuesta corporal y gestual.

3.3. *Apoyar al niño*

Una vez que nos hemos identificado, y cuando hayamos dado la información relevante y las instrucciones oportunas al menor y a su familia, si ésta estuviera presente, el siguiente paso, si el rescate continúa alargándose, es valorar si el menor precisa ser animado porque, por ejemplo, se ha apoderado de él un fuerte negativismo, o si requiere distracción del dolor que siente si, por ejemplo, sufre un traumatismo, o si lo mejor es tranquilizarlo.

Durante los primeros auxilios, debemos transmitir tranquilidad y seguridad, actuando lentamente (si es posible) e intentando, en la medida de lo posible, evitar las prisas y los gritos. Podemos ir explicando de forma sencilla lo que vamos a ir haciendo: *“Ahora te voy a echar agua oxigenada y soplaré la herida para que no te pique”*, evitando así que nuestra actuación le pueda producir mayor ansiedad.

En todo el proceso hay una continua interacción que favorecerá el clima de cooperación por parte del afectado si mostramos *capacidad de escuchar*, y no sólo de oír. Esto implica que es necesario *atender, focalizar y empatizar, dar pruebas amables de clarificación y buen contacto ocular*.

Tras el rescate, a Manuel lo atiende un sanitario que le dice: “Hola Manuel, soy David y soy técnico. Ella se llama María y es médico”. “Ahora te voy a poner esto alrededor del cuello para sujetártelo y vas a sentir que no te deja moverlo mucho, pero es por tu bien. ¿Lo comprendes?”.

Si el menor nos solicita una información que vaya más allá de la simple cura, podemos contestarle con respuestas genéricas, siempre y cuando éstas no puedan alterarlo aún más (como en los casos de la muerte de un familiar, cuando existe gravedad de la lesión...); pero nunca será adecuado mentir sobre lo ocurrido. También podemos demorar la respuesta si creemos que no es el momento adecuado, diciendo cosas como: *“No estoy seguro, necesito unas ‘fotos’ (radiografías) de tu brazo para decirte como está”* o *“En cuanto sepa algo más de tu familiar te lo cuento”*.

Manuel pregunta por sus padres y los sanitarios solicitan la presencia de un policía que disponga de información. Éste se acerca y le dice: *“Hola Manuel, me llamo Eugenio y soy policía. He visto a tu madre y también la están atendiendo los sanitarios. Ahora os van a llevar a los dos a un hospital y allí os estará esperando tu padre. Cuando sepa algo más te lo digo. ¿De acuerdo?”*.

No se trata de que el profesional lleve a cabo una sesión terapéutica, sino de que apoye al niño de forma que la experiencia traumática que está viviendo no le provoque secuelas psicológicas y le resulte lo menos dañina posible. Así, cuando nos vayamos a comunicar con un niño en una situación de rescate o emergencia debemos considerar que no todo vale.

Durante un incidente crítico, y en los momentos inmediatamente posteriores a él, la persona traumatizada es altamente sugestionable y emocionalmente vulnerable. Los mensajes imprudentes, los juicios erróneos y unos malos consejos pueden producir un daño duradero. Los sentimientos de culpabilidad, inadecuación y estigma social pueden ser consecuencia de una bien intencionada, pero hiriente, ayuda prestada durante y después de una situación de crisis.

DECÁLOGO DE LA COMUNICACIÓN CON NIÑOS EN SITUACIONES CRÍTICAS:

1. Mantener una distancia apropiada respecto al niño.
2. Establecer contacto ocular con él.
3. Identificarte como personal de ayuda.
4. Utilizar instrucciones sencillas y firmes.
5. Asegurarte de que te atiende y te comprende.
6. Animar al niño por lo que hace bien durante el rescate.
7. Entretenerte si está nervioso y obstaculiza el auxilio.
8. Anticiparle lo que se va a hacer durante los primeros auxilios.
9. Escuchar activamente al niño, dándole muestras verbales y no verbales de ello.
10. Responder a las necesidades de información del niño, sin mentirle.

3.4. Aspectos a evitar

A continuación, recogemos una serie de acciones y situaciones que deben evitarse cuando tratamos con niños que han pasado por un incidente crítico¹⁰:

- *Derrumbarse.* Es esencial que los profesionales muestren empatía y comprensión. No obstante, es conveniente evitar mostrar descontrol o desbordamiento por nuestra parte, ya que demostramos ser en ese momento una figura poco fiable para proporcionar ayuda.
- *Falsas promesas.* Los intervinientes no deben decir cosas de las que no estén realmente seguros o que no sean verdad. En el primer caso, debemos ser cautelosos y utilizar expresiones como: “No estoy seguro, pero lo averiguaré y te lo diré”, pero nunca afirmar que “Todo va a salir bien”, si no se tiene la certeza de ello.
- *Hacer juicios.* Las expresiones faciales y el lenguaje no verbal pueden comunicar juicios de valor que no ayudan al niño. El agente de ayuda debe centrarse en la persona, y no en enjuiciar lo que está bien o no.

- *Hacer muchas preguntas.* No va a ayudar en una situación de emergencia emular a los detectives. En un primer momento siempre va a ser más útil obtener información sobre qué necesita el niño en ese instante y empezar a dárselo, de forma compatible con lo que profesionalmente consideramos básico.
- *Desorganización.* El interviniente que ayude al niño debe darle confianza, estableciendo su rol de organizador y estructurador de la situación.
- *Evitación.* En algunas ocasiones podemos sentirnos desbordados por la situación de comunicación con un niño en una experiencia traumática. Sin embargo, nuestro deber es el de ayudar a ese niño, apoyarlo y escucharlo para evitarle secuelas.

No vamos a poder evitar la experiencia de un suceso traumático ni sus consecuencias, sin embargo, la calidad de nuestras acciones durante e inmediatamente después de la situación, pueden producir beneficios en el niño, tanto a corto como a largo plazo.

Terminamos este apartado señalando la influencia que la presencia de otros profesionales ejerce en la propia forma de actuar y comportarse. Saber que hay otros agentes encargándose de otras tareas del rescate nos ayuda a centrarnos en el desempeño específico de nuestra labor. En este sentido es común extraer conclusiones sobre los otros miembros de apoyo partiendo de uno mismo y las experiencias almacenadas. Cuanto mayor es el número de personas involucradas en la situación de rescate peor será el intercambio de información relevante. Como numerosas investigaciones demuestran, cuanto mayor es el grupo de colaboradores más tendencia existe a optar por lo aparentemente probable. En grupo es más fácil dejarse influir por factores extraños y contaminantes¹¹.

4. Finalizar la intervención

El rescate o la intervención de auxilio pueden acabar bien o pueden acabar mal. El primer aspecto lo ejemplifica la descripción de una experiencia por parte de un médico especializado en medicina de emergencias y catástrofes:

“La verdad es que he atendido a bastantes niños, ya que en la atención hospitalaria, la urgencia pediátrica es valorada por los médicos de familia. La mayoría son casos de escasa importancia, pero recuerdo con nitidez, quizás por su gravedad, uno de cuando desarrollaba mi trabajo en el 061 en la ciudad de Huelva. El caso al que me refiero fue un atragantamiento de un niño de cuatro años, con una miga de pan. Era Semana Santa, nos avisaron de que al parecer un niño no podía respirar y, posteriormente, volvieron a avisarnos de que se había resuelto. Pero, con buen criterio, el médico de la sala de coordinación creyó oportuno que fuésemos a valorar al menor. A nuestra llegada estaba cianótico, inconsciente e hipotónico. La madre le sostenía en sus brazos y no paraba de gritar: ‘Mi hijo, mi hijo, por favor haced algo’. Cogimos al niño rápidamente y lo echamos en la camilla de la ambulancia, utilizamos un laringoscopio para poder observar la vía aérea, efectivamente allí en la glotis, había un trozo de algo blanquecino que obstruía completamente el orificio por donde debía entrar el aire. Con otra herramienta, llamada pinza de Magill, pudimos capturar el trozo de pan y extraerlo, en ese momento el niño hizo una inspiración profunda y comenzó a llorar. Le administramos oxígeno y lo llevamos al hospital con vida”.

En el segundo supuesto, cuando la intervención o el rescate finalizan mal, cabe preguntarse: ¿cómo afecta el hecho de que sea un menor de edad el fallecido? En general, las preocupaciones principales del personal sanitario de emergencia en la situación de rescate se centran en aplicar las técnicas propias de la pediatría de urgencias;

las fuerzas de seguridad, por su lado, se preocupan de que no se acerquen curiosos ni haya pseudohéroes espontáneos que, con buena voluntad, empeoren la situación. Al tratarse de la atención a menores de edad puede desencadenar entre familiares, observadores externos, y los agentes de ayuda, un número mayor de conductas altruistas y de riesgo para lograr el rescate.

Sin embargo, en todos los profesionales que intervienen, cuando la acción finaliza con la muerte del menor o el rescate de su cadáver, se pueden generar respuestas de ansiedad, incluso sentimientos de profunda tristeza e incapacidad de afrontamiento. En las reacciones posteriores que pueden manifestar los agentes de ayuda intervienen factores internos y externos a la propia situación, tales como la duración del rescate, el estado anímico previo del profesional, si se entabló o no relación con el afectado y/o sus familiares durante la atención, los años de experiencia, la madurez psicológica, el grado en que era predecible el desenlace, etc. Así lo confirma un voluntario de Cruz Roja de Melilla con un bagaje de más de treinta y cinco rescates realizados en situaciones de alto riesgo:

“Recuerdo que cuando me avisaron por radio de que iba a intervenir en una riada y tenía que traerme el traje de buceo pregunté si era una broma. Era un día claro y soleado, no había llovido y no parecía que fuera a hacerlo. Al llegar al lugar del suceso fui comprendiendo según avanzaba. El depósito de agua se había roto arrastrando en su camino todo lo que había encontrado. Me condujeron hasta las tres últimas viviendas. Estaban inundadas completamente. Los bomberos buscaban a dos niños y una mujer desde hacía una media hora. Era una planta baja y el agua cubría un metro y medio aproximadamente. Con el traje de neopreno ya puesto entré en la casa y tras registrar varias habitaciones no encontré a nadie. Examinamos dentro del mismo bloque de edificios dos casas más sin éxito. Todo estaba lleno de barro, lodo y muebles arrastrados por el agua. Nos encontrábamos en el edificio de la barriada más baja respecto al nivel del mar. Los bomberos

estaban desaguando desde hacía horas y seguían sin aparecer. Observamos que había un descampado en pendiente que había retenido contra un muro una gran cantidad de agua y barro. Me amarré una cuerda a la cintura y con la ayuda de otros voluntarios estuve buscando sin hallar nada. Un familiar de los desaparecidos llegó al lugar de los hechos e informó de cuál era la vivienda en la que se encontraban sus allegados cuando ocurrió la rotura del depósito. Llegó la noche. Se dispusieron una serie de focos para alumbrar la zona. No quedaba ya agua, sólo barro, piedras y numerosos restos destrozados de mobiliarios. Finalmente debajo de unos escombros se encontraron los cadáveres. Cuando los sacaron vi cómo muchos voluntarios no supieron digerir lo que veían. Pasa siempre que hay niños involucrados. Después de tantas horas buscando y viendo cómo había quedado todo no cabía esperar otro final. Hay personas que abandonan antes de inmunizarse. Cuando en el rescate se juega la vida de un niño das el ciento diez (por ciento) de ti, creo que todo el mundo lo hace, y si fallece sin que estés preparado para asumir algo así..., puede afectarte y hacer que lo dejes. En mi caso desconecto la información que proviene de mi lado emocional y me centro en mi obligación, en saber qué hacer y qué decisiones tomar. Este proceso me ocurrió poco a poco. Hay intervenciones rápidas que realizas y no te impactan y que jamás vuelven a tu cabeza. Otras, sin embargo, sí se quedan grabadas. No todo lo que sucedió sino escenas aisladas, como cuando recuperamos dieciséis cuerpos de una patera de madera y todos eran muy jóvenes. Recuerdo a un socorrista de diecisiete años de Salvamento de Playas en el último día de atención a los bañistas que en un día de temporal, con bandera roja, tuvo que ver cómo dos hermanos de siete y ocho años se ahogaban. Pudo rescatar el cuerpo de uno pero no el del otro, que se recuperó a los quince días. Estuvo profundamente afectado. Tanto que no lo superó y dejó de ser voluntario primero y después terminó yéndose de Melilla”.

El sentimiento de no poder afrontar la situación puede llegar de dos formas. La primera aparece acompañada de una sensación de urgencia, como de ruptura con la biografía propia. La segunda surge como un proceso de desgaste paulatino al no encontrar una red de apoyo social o profesional adecuada y carecer de las herramientas emocionales y cognitivas adecuadas. Las fases del agotamiento psicológico y otros contenidos relevantes a este aspecto de la intervención en situaciones de emergencia los hallaremos en el capítulo dedicado específicamente a la prevención del desgaste psíquico y del desgaste por empatía¹².

5. El recuerdo posterior

Es bien conocida en la literatura científica la existencia de la tendencia de las personas a distorsionar los recuerdos más antiguos, especialmente cuando éstos se almacenaron en condiciones de estrés y ansiedad. Numerosas investigaciones¹³ apoyan que los hechos que nuestra memoria distorsiona en primer lugar son:

- El grado de participación en el suceso.
- El número e intensidad de los acontecimientos.
- La construcción de recuerdos encaminados a un todo cerrado en sí mismo (con sentido).
- Realce positivo o negativo de las emociones sentidas.
- Fusiones de varios sucesos similares en uno solo.
- Síndrome de certeza: los recuerdos se tienen por fidedignos.

Aplicando este conocimiento al apoyo psicológico en situaciones de auxilio y rescate con niños, deducimos que las evocaciones de los que participaron en la situación de emergencia, especialmente los recuerdos de la víctima, pueden encontrarse distorsionados. De esta forma es mayor la posibilidad de que no coincidan los testimonios de los que presenciaron el acontecimiento en proporción al tiempo transcurrido desde el suceso, pues cada vez que uno de los participan-

tes accede a los contenidos de su memoria, los altera y los combina con nuevas informaciones, o incluso los enmienda.

Centrándonos en el niño atendido, el estrés y la medicación afectarán sin duda al proceso de consolidación de los hechos en la memoria. Podrá constatarse, además, si el acontecimiento fue especialmente violento, ya que los recuerdos aparecerán en su relato desordenados cronológicamente. De hecho, ayudarle a tejer un relato secuenciado facilitará la superación del trauma¹⁴.

Poniendo finalmente el foco de atención en los recuerdos de los agentes de ayuda, vemos que muchos muestran arrepentimiento por lo que consideran errores en la acción de auxilio descubiertos *a posteriori*. Estos pensamientos surgen en un análisis de lo que se hizo o se dejó de hacer, sobre todo cuando el resultado final del rescate no fue el esperado. A este respecto debemos señalar:

- Nadie se arrepiente por igual de lo que hizo que de lo que no hizo. Las investigaciones apuntan a que el arrepentimiento por las acciones omitidas es más amargo.
- Es imposible no arrepentirse de nada, porque cada elección se hace en detrimento de otra.
- Los arrepentimientos evolucionan con el paso del tiempo. Tendemos a lamentar en mayor medida lo que hemos hecho, es decir, las acciones más inmediatas. Sin embargo, a largo plazo, nos arrepentimos más de nuestras omisiones, pues mientras que las consecuencias de nuestros actos son concretos y limitados, las posibilidades de lo que no hicimos son infinitas.

Por lo tanto, cuando los recuerdos de un rescate o auxilio fallido son reincidentes e intrusivos, cuando los arrepentimientos nos incapacitan para el ejercicio normal de nuestra labor de ayuda, sin dudar lo debemos buscar ayuda profesional. Porque lo eficaz no es decidir renunciar a la acción, sino aumentar la tolerancia al fracaso¹⁵.

Recuerda

- Los niños de cinco años o más pueden mentir sobre su estado real.
- Las reacciones de los niños suelen ser impredecibles en situaciones de salvamento y atención de emergencias, si bien sus conductas dependerán en gran medida de cómo actúe el agente de ayuda. Una correcta aproximación posibilitará un mayor autocontrol al menor.
- Cuando la situación de socorro sea de extrema gravedad y esté en juego la vida de un bebé, un niño o una niña, pueden aparecer emociones y pensamientos negativos que lleguen a disminuir la competencia del profesional e incluso bloquearle, sobre todo cuando existen elementos biográficos que interactúan con el contexto.
- A menor edad del atendido, cuando nos identifiquemos como miembro de un grupo de emergencia y rescate (bombero, médico, policía...), mayor necesidad habrá de especificar qué puede esperar de nosotros.
- Si prevemos que la intervención a realizar puede dilatarse en el tiempo, y está presente la familia, es importante que hagamos una gestión adecuada de la información que se le va a facilitar.
- Nunca encontraremos en una urgencia un marco sencillo para una comunicación eficaz. Existen numerosos elementos ajenos al propio rescate o a la intervención que influyen negativamente.
- De forma resumida, los pasos a dar son: identificarnos, informar, animar y/o distraer, tranquilizar al menor, y a sus familiares si estuvieran presentes, explicar en la medida de lo posible lo que se va haciendo, anticipar posibles emociones y reacciones, y escuchar.
- Hay que adecuar tanto la información como las peticiones de actuación a la edad del menor que las recibe.

- Es importante prestar atención tanto a nuestro lenguaje corporal como al del niño. El primero, bien gestionado, puede fomentar la cooperación del afectado e infundirle tranquilidad. El del niño puede ayudarnos a anticipar reacciones de ansiedad y nerviosismo.
- El hecho de que sea un menor no justifica el uso de falsas promesas y/o la evitación como estilo de afrontamiento por nuestra parte.
- Cuanto mayor es el número de personas involucradas en la situación de rescate, peor será el intercambio de información relevante.
- En una intervención que finaliza con el fallecimiento del menor, las reacciones posteriores de los agentes de ayuda dependen de factores internos y externos a la propia situación, como por ejemplo, la duración del rescate, el estado anímico previo del profesional, si éste entabló o no relación con el afectado y/o sus familiares durante la atención, sus años de experiencia, la madurez psicológica, el grado en que era predecible el desenlace, etc.
- Existe un proceso de desgaste psicológico paulatino ante la exposición reiterada a situaciones altamente estresantes, como la intervención en rescates y auxilio con menores, que, sin una red de apoyo social o profesional óptima, y sin las convenientes herramientas emocionales y cognitivas adecuadas, pueden conducir al síndrome de agotamiento.
- Los recuerdos de la situación de rescate se alterarán con el tiempo en todos los protagonistas del hecho, especialmente en el niño afectado.
- En ocasiones, algunos profesionales de emergencias muestran arrepentimiento, principalmente y en mayor grado por lo que no hicieron y creen, a posteriori, que deberían haber hecho. Este mecanismo psicológico nos permite aprender de nuestros errores y nos ayuda a recordar pautas de actuación para situaciones semejantes, siempre que poseamos herramientas adecuadas de tolerancia al fracaso.

Para complementar

- Calonge, I. (2004). *Situaciones traumáticas en la infancia. Cómo afrontarlas*. Madrid: Defensor del menor en la Comunidad de Madrid y Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
- Emergency Services Division Canada (1990). "Children and disaster". En *Personal services: psychosocial planning for disasters*. Canadá: Minister of Supply and Services.
- Fernández, J. M. (Coord.) (1999). *Manual práctico de apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Kendall, J. (1989). *Trauma in lives of children*. California: Hunter House Publishers.
- Levine, P. A. y Frederick, A. (1999). *Curar el trauma. Descubriendo nuestra capacidad innata para superar experiencias negativas*. Barcelona: Urano.
- Gordon, R. y Wraith, R. (1993). Responses of children and adolescents to disaster. En Wilson, J. P. y Raphael, B.: *International handbook of posttraumatic stress syndromes*. Nueva York: Plenum Press.
- Gottman, J. y De Claire, J. (1997). *Los mejores padres: Cómo desarrollar la inteligencia emocional de sus hijos*. Buenos Aires: Javier Vergara Editor.
- Olshaker, B. (1991). *¿Cómo se lo decimos a los niños?* Barcelona: Médici.
- Pynoos, R. S. y Nader, K. (1993). "Issues in the treatment of post-traumatic stress in children and adolescents". En: Wilson, J. P. y Raphael, B.: *International handbook of posttraumatic stress syndromes*. Nueva York: Plenum Press.
- Ramos, R. (2002). *Intervención psicológica en desastres con niños*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Shapiro, L. E. (1997). *La inteligencia emocional de los niños*. Barcelona: Grupo Zeta.
- Trujillo; M. (2004) *Psicología para después de una crisis*. Madrid: Aguilar-Santillana.

Referencias bibliográficas

1. Villanueva, L., Adrián, J. E., Clemente, R. A. (2000). "La comprensión infantil de las emociones secundarias y su relación con otros desarrollos sociocognitivos". En *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, Vol. 3, n° 4.
2. Ramos, R. (2006). "Reacciones conductuales y cognitivas en una catástrofe". En Ramos, R. (Coord.) (2006). *Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes*. Melilla: UNED.
3. Cardas y Sánchez (2006). "Psiconeuroinmunología en la infancia". En *Mente y Cerebro*, n° 19; pág. 51.
4. Gaschler, K. (2005). "Estereotipos". En *Mente y Cerebro*, n° 12; págs. 31-33.
5. Parada, E. (1999). "Comunicación con el accidentado durante acciones de salvamento, rescate y primeros auxilios". En Fernández, J. M. (Coord.) (1999): *Manual práctico de apoyo psicológico en situaciones de emergencia*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
6. Bauer, P., Rabinowitz, M., y Stein, N. (2002). *Representation, memory, and development: Essay in honor of Jean Mandler*. Nueva York: Erlbaum Associates.
7. Arce y Fariña (2005). "Peritación psicológica de la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: el sistema evaluativo global". En *Papeles del Psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, n° 92; págs. 59-77.
8. Rickheit, G. y Wachsmuth, I. (2006). *Situated communication*. Berlín: Mouton de Gruyter.
9. Masip, J. (2005). "¿Se pillaría antes a un mentiroso que a un cojo? Sabiduría popular frente a conocimiento científico sobre la detección no verbal del engaño". En *Papeles del Psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, n° 92; págs. 79-91.
10. Millán, J. C., y Teijeiro, J. (1998). *Comunicación, estrés y accidentabilidad*. La Coruña: Servicio de Publicaciones Universidad da Coruña.
11. Levine y Frederick (1999). *Curar el trauma: descubriendo nuestra capacidad innata para superar experiencias negativas*. Barcelona: Urano.

12. Portela, M. D. (2005) *Aproximación al desgaste por empatía en el trabajo con víctimas*. Trabajo de investigación dirigido por E. Parada. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
13. Fried, J. (2005). "Can neurobiology help us to understand history?". En *Rivista internazionale di storia della storiografia*, n° 48; págs. 27-37.
14. Freeman, J., Epston, D., y Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. Barcelona: Paidós Ibérica.
15. André (2006). *Psicología del miedo (temores, angustias y fobias)*. Barcelona: Editorial Kairos.

Los autores del presente trabajo quieren agradecer los testimonios y comentarios facilitados por Manuel Pantoja Segador, Rachid Kartit, Marta Martínez Cordero, Miguel Galera Martínez, Rafael Canto Noguillo, Carlos Sequera Navarro, Redouan Mohamed Allal y Raquel Rodríguez Navarro, profesionales con una amplia experiencia en la intervención en situaciones de emergencia con niños. Sin sus aportaciones la calidad de este capítulo sería, sin lugar a dudas, mucho menor.

7

Comunicación con otras “poblaciones especiales” (personas mayores, personas con discapacidad, personas extranjeras)

Natalia Lorenzo Ruiz

Los objetivos de este capítulo son:

- Identificar y describir las reacciones características de ciertos grupos de población afectados por una situación de emergencia.
- Describir pautas efectivas de comunicación para atender a las personas que pertenecen a estos grupos de poblaciones con características especiales.

María vive sola desde que su marido falleció hace dos años. Reside en una casa de planta baja situada en un entorno rural. A sus 75 años, padece los achaques propios de su edad.

Hoy, debido a las lluvias torrenciales típicas del fin del verano, su casa ha sido inundada y, debido a su falta de agilidad, ha sufrido una caída en su salón quedando inmóvil. Sus gritos han alertado a su vecina Azucena, de 92 años, la cual ha llamado al 112 para dar aviso de esta situación.

En el Centro de Discapacitados “Rubianes de Avilés” se declara un incendio en la segunda planta. Francisco, que es ciego, al oler el humo sale de su habitación dando la alarma. Parece estar ileso, pero muy asustado. Manuel, muy nervioso, avisa a la cuidadora para que dé la alarma a los bomberos. Manuel se siente impotente durante la espera, pues su condición de discapacitado físico y su silla de ruedas no le permiten ayudar demasiado a sus compañeros de planta.

Durante el mes de julio se realiza una colonia internacional de verano en Villalba de la Sierra. En ella se reúnen jóvenes de diferentes nacionalidades para aprender nuestro idioma. A los dos días del comienzo de la llegada de los participantes, se provoca una explosión de gas en el albergue en el que se alojan los jóvenes. Sólo sufren heridas graves dos de los estudiantes, el resto quedan ilesos. Amud, argelino de 16 años, sufre quemaduras de 2º y 3º grado en los brazos y tórax. Jürgen, alemán de 17 años, sufre intoxicación por inhalación de humo y quemaduras de 2º grado en brazos y piernas.

1. Las “poblaciones especiales”

Entre las personas que pueden recibir una acción de socorro, algunas se distinguen por una cualidad individual no común. En este sentido, son poblaciones especiales. Y, por lo que afecta a la comunicación, son *receptores especiales*. Teniendo en cuenta la

importancia del receptor en estos contextos, estas peculiaridades han de tenerse en consideración durante la comunicación.

Las características de ciertos grupos indudablemente tendrán influencia sobre sus respuestas y sus necesidades. Por ejemplo, las personas mayores tienen aparentemente una vulnerabilidad especial y están expuestos a mayores dificultades emocionales y físicas que la población en general. En estas situaciones en las que nos vamos a relacionar con personas que presentan algún tipo de diferencia, nuestro comportamiento deberá adaptarse a las características de cada una de estas personas para lograr una comunicación eficaz.

Es importante tener en cuenta las características particulares del receptor.

En este capítulo, vamos a analizar los tipos de diferencias con las que nos vamos a encontrar más frecuentemente en nuestro trabajo como emergencistas.

Los siguientes grupos de población pueden ser considerados “especiales” a la hora de establecer el acto comunicativo en la situación de emergencia:

- Las personas mayores.
- Las personas con discapacidad.
- Las personas con enfermedades mentales.
- Las personas extranjeras que no hablan nuestro idioma.

¿Cómo atenderíamos la llamada de Azucena para avisarnos de la situación de María?

¿Cómo hablaríamos con María durante la atención sanitaria en su domicilio?

¿Cómo nos comunicaríamos con Francisco durante su rescate? ¿Y con Manuel?

¿Cómo nos entenderíamos con Amud y Jürgen si no hablan nuestro idioma?

¿Qué características particulares tendríamos en cuenta en cada uno de los casos?

2. Comunicación con personas mayores

2.1. El envejecimiento

En España, el 15% de la población es mayor de 65 años y se espera que dentro de 20-25 años alcance el 20%, según Fernández Ballesteros¹. Además, este envejecimiento de la población no será homogéneo, si no que se centrará en los llamados viejos-viejos o muy viejos, es decir en los mayores de 75-80 años.

El envejecimiento de las personas se puede definir como toda modificación que aparece como consecuencia de la acción del paso del tiempo sobre los seres vivos. Pero el envejecimiento, considerado como pérdida irreparable de un determinado rendimiento funcional (fisiológico, sensorial, motor o mental), no constituye un patrimonio exclusivo de la senectud aunque, naturalmente, al alcanzar una edad más avanzada se vayan acumulando un mayor número de pérdidas y dificultades asociadas al paso del tiempo.

La vejez nunca debe ser considerada como un estado patológico sino como algo natural.

La vejez como tal es un ente abstracto, lo que existe es el envejecimiento, es decir, una pérdida de funciones y capacidades que se da a partir de cierta edad. Este proceso comienza al completarse el crecimiento y se desarrolla a diferentes velocidades según las personas. Por tanto, la vejez no debe verse como un período desconectado de las fases previas de la vida, siguiendo su propio conjunto de leyes.

“Tenga usted 25 o 65 años, 10 o 120, está envejeciendo”. (OMS)

Encontramos dificultades para delimitar exactamente la edad cronológica a la que podemos comenzar a denominar “mayores” a las personas. En la Asamblea Mundial del Envejecimiento, realizada en Viena en 1985, se acuerda que a partir de los 60 años de edad las personas son consideradas como ancianos o adultos mayores. En 1990, la OMS define a la población anciana como aquella compuesta por

personas de 65 años de edad o más. En 2002, se realiza la II Asamblea Mundial del Envejecimiento en Madrid, pero no se revisa ni actualiza dicha definición.

A la hora de establecer una relación de ayuda con una persona mayor tenemos que tener en cuenta algunas de las características que acompañan al proceso de envejecimiento, como señala Maestro²:

- Aumento de la fragilidad biológica, psicológica y social.
- Menor capacidad de respuesta a las modificaciones del medio que nos rodea.
- Déficits motores (enlentecimiento, falta de equilibrio, déficit de coordinación psicomotriz, etc.).
- Déficits sensoriales (problemas visuales, deterioro auditivo, pérdida de habilidades olfatorias, trastornos del gusto, etc.).
- Déficits cognitivos y psicológicos (atención, memoria, inteligencia, aprendizaje, lenguaje, etc.)
- Cambios sociales (jubilación, fallecimiento de familiares y amigos, pérdida de las redes de apoyo social, etc.) que van a condicionar las manifestaciones de la situación crítica en la que se encuentra la persona.

2.2. Reacciones de las personas mayores ante una situación de emergencia

La mayoría de las personas mayores son razonables y proporcionan un relato claro. Una persona mayor no necesariamente está senil o confusa, pero debemos tener en cuenta que son especialmente vulnerables durante e inmediatamente después de la vivencia de un evento crítico. El estrés de una situación de emergencia puede llevar a presentar conductas como crisis de ansiedad o cuadros confusionales.

*Es frecuente que presenten conductas contradictorias,
lo que puede confundir tanto a los agentes de ayuda como
a la propia familia.*

La persona mayor, en muchas ocasiones, se cansa pronto de colaborar con nosotros. Al presentar dificultades de comunicación, déficit en atención y memoria, hace que aumente la ansiedad o la confusión que puede llevar a una actitud poco colaboradora.

Algunas reacciones generales que pueden presentar estas personas ante un evento crítico son:

- Al disminuir la capacidad de adaptación (por ejemplo, al medio sanitario), pueden aparecer conductas regresivas (se pueden comportar como niños).
- Pueden presentar desconfianza, al entender que el agente de ayuda desconoce todos sus problemas.
- Aumento de los recuerdos relacionados con el pasado.
- Mayor dependencia de la familia y rechazo de la asistencia por parte de agentes externos.
- Desorientación, debido a la interrupción de la rutina.
- Utilización de la negación como reacción defensiva normal.
- Reacción inmediata de miedo, seguida de ira y frustración cuando no son capaces de controlar la situación.
- Dificultades de concentración y de comunicación.
- Somatizaciones y reacciones fisiológicas.

Cuando llegamos al domicilio de María oímos sus lloros y gritos: “¡Me muero!... ¡No me puedo mover!... ¡Me voy a quedar inválida!”, “Socorro... no sé dónde estoy... ¡no sé qué me ha pasado!”.

Cuando la persona mayor es la víctima directa de la situación de emergencia, es decir, es la persona directamente afectada, lesionada o enferma, nos podemos encontrar con las siguientes dificultades:

- Descripción incompleta de síntomas, por:
 - Miedo a las intervenciones sanitarias resultantes.
 - No aburrir al personal sanitario.

- Creer que los síntomas son algo normal para alguien de su edad.
- Deterioro intelectual.
- Apatía asociada a la depresión que puede padecer.
- Creencias erróneas acerca de la salud.
- Síntomas vagos o inespecíficos, por:
 - Respuestas físicas y fisiológicas anormales a los procesos patológicos.
 - Presentación anormal de enfermedades específicas.
 - Daño cognitivo.
- Múltiples quejas, por:
 - Prevalencia de enfermedades múltiples coexistentes.
 - Somatizaciones.

Cuando le preguntamos a María dónde le duele, nos contesta: “Me duele todo el cuerpo, no me puedo mover, no sé qué me pasa. Creo que me voy a quedar inválida, pero no quiero que me toquen... déjenme morir...”.

Cuando la persona mayor es el acompañante, amigo o familiar de la víctima directa, también puede requerir nuestra atención, pues suelen vivir la situación de emergencia como una situación atemorizante y motivo de ansiedad. Por ello, necesita estar informada sobre todos los aspectos de la situación de su familiar o amigo y de su evolución.

Durante nuestra intervención con María, Azucena se encuentra presente. Tiene miedo que María no se recupere. Se muestra muy ansiosa: “¿Qué le pasa a María? ¿Qué le van a hacer? ¿A dónde se la van a llevar? ¿Se recuperará? ¿Podrá volver a caminar?”.

2.3. Pautas de actuación con las personas mayores

Según Reyes Ortiz³, las actitudes, estereotipos o mitos en los agentes de ayuda y en la persona mayor pueden afectar a su encuentro interpersonal. En esta relación humana y profesional hay respuestas

emocionales bilaterales, conscientes e inconscientes, que pueden facilitar o entorpecer su desarrollo. La comunicación entre el agente de ayuda y el anciano es compleja. Se necesitan habilidades relacionales, verbales y sobre todo no verbales, por parte del profesional.

Algunos estereotipos que se dan en este contexto son:

- Los ancianos son incapaces de cambiar.
- No merece la pena explicarles demasiado (¡no se van a enterar!).
- Son susceptibles, rígidos, irritables y demandantes.
- En caso de sordera, es mejor gritarles.

Debemos ser conscientes de estos estereotipos, pues ello significa poder empezar a reformularlos.

Como profesionales que somos, tenemos que mejorar la habilidad para enfrentarnos a situaciones por medio de la identificación y tratamiento de problemas con solución.

Las dificultades que nos podemos encontrar son fundamentalmente la *ignorancia o negación de los problemas* por parte de la persona mayor enferma o accidentada y la *ocultación de los síntomas*.

Cuando logramos tranquilizar a María e indagamos qué es lo que ocurrió, le cuesta reconocer que su caída fue a consecuencia de su prisa por recoger el agua que inundaba el salón, pues le da vergüenza el sentirse falta de agilidad.

Cómo actuaremos ante estas circunstancias:

- Estamos muy acostumbrados a comunicarnos de manera agresiva, siempre con el erróneo criterio de “no perdamos el tiempo”. Éste es un colectivo en el que el *ritmo pausado* a la hora de comunicar y, sobre todo, la *ternura* debería tener un papel destacado en nuestra actuación.
- Debemos mostrarnos *tranquilos* y hablarle con un tono de *voz suave*. Si le hablamos con un tono de voz fuerte y la persona no nos comprende, entonces solo lograremos confundirla y llevarla a un estado de ansiedad.

- Debemos establecer una *relación interpersonal empática*. Hablarle de forma clara y despacio, con frases cortas y sencillas. Para favorecer la comunicación nos situaremos a su mismo nivel espacial (frente a frente; por ejemplo, si la persona está sentada nos agacharemos o nos sentaremos a su lado). No utilizaremos tecnicismos ni palabras que no entiendan. Tampoco usaremos palabras groseras. La persona mayor ha de sentirse comprendida y no criticada.
- Permitiremos ocasionalmente *compartir los recuerdos* de la persona afectada, ya que redundan en que perciba mayor interés y deposite mayor confianza en nosotros.
- Adoptaremos una *actitud de incondicionalidad y apoyo*. No debemos aumentar los sentimientos de inutilidad personal de la persona mayor ni la sensación de dependencia del agente de ayuda. No intentaremos suplirles en las cosas que pueden hacer por sí solos. Le preguntaremos si podemos ayudarles y en qué necesitan de nuestra ayuda.
- Tenemos que tener *paciencia* en el trato personal. Por ejemplo, podemos esperar una cálida aceptación interrumpida por un acceso de ira.
- Debemos señalar cuál es el problema y las posibles soluciones para el mismo, evitando las valoraciones morales y sin dejar de prestar apoyo incondicional a la persona mayor, sin olvidar que apoyar no significa “darle siempre la razón”. No debemos juzgar moralmente el comportamiento de la persona mayor o el de otros significativos.
- La *información* debe ser *continuada* y, en muchos casos, es preciso repetir varias veces las mismas cosas, pues los trastornos de atención y memoria propios de la edad hacen que se olviden muchos detalles. Por esta misma razón, debemos identificarnos como agente de ayuda tantas veces como sean necesarias, para que la persona mayor asimile bien quiénes somos y qué funciones tenemos.
- No daremos explicaciones largas, utilizaremos *instrucciones sencillas*, dividiéndolas por partes si es preciso.

- Les hablaremos de forma *clara y concisa*, utilizando frases cortas y sencillas, sin olvidar que son adultos y no debemos de tratarlos como niños.
- Debemos facilitar la *compañía* y el *afecto*, ya que son esenciales para este grupo de población.
- Utilizar la *comunicación no verbal* y el *contacto físico* para transmitirle seguridad, en ocasiones puede ser más efectivo que las palabras.
- Debemos asegurarle en todo momento la *confidencialidad* y la *privacidad*.
- Utilizaremos el *contacto visual* y el *táctil* para mantener la atención.
- Les *daremos tiempo* para contestar, sin presionarles ni acosarles, ayudándoles si hace falta, pero procurando que sean ellos los que contesten.
- Animaremos y reforzaremos las *respuestas* de la persona mayor.
- Atenderemos a cualquier demanda con muestras de *interés*.
- La *escucha activa* es imprescindible en la relación de ayuda con personas mayores. Debemos aclarar, repetir, reflejar, resumir y mantener una conducta no verbal adecuada.
- No les trataremos como discapacitados, a menos que presenten una disminución física o psíquica importante. Si bien, la capacidad auditiva suele disminuir con la edad, por lo que debemos asegurarnos de que la persona nos escucha. Esto no significa que debamos gritarles, simplemente hemos de preguntarles.
- No les llamaremos “abuelo/a”, “viejecito/a”, etc. Un simple “señor/a” y, mejor aún, tratarles por su nombre, bastará para dirigirnos a ellos.
- Algunas veces no expresan verbalmente todo lo que quieren decir, así que cuando no entiendan algo no debemos pensar que no se enteran, hemos de *preguntarles*.
- Contrarrestaremos las posibles disminuciones que puedan presentar debido a su edad buscando la *ayuda de personas más jóvenes* de su entorno. Por ejemplo, en el caso de que la persona afectada no recuerde qué tratamiento médico está siguiendo, podemos preguntarle a su hijo/a.

Las claves del éxito en la comunicación con las personas mayores son la paciencia, la empatía y la escucha activa.

Cuando recibimos la llamada de Azucena en el centro de coordinación de emergencias (112):

Operador: "112 Murcia. Buenas tardes. ¿En qué puedo ayudarle?".

Azucena: (nerviosa y llorando) "Mi vecina necesita ayuda, no se puede mover".

Operador: "Bien, ¿cómo se llama usted?".

Azucena: "Mi nombre es Azucena... mi vecina... está muy mal..." (sigue llorando).

Operador: "Su vecina está mal, ¿cómo se llama ella? /.../, ¿Qué le ha pasado?".

Azucena: "Ella es María, mi vecina de siempre /.../ No sé que le ha pasado, está en el suelo tirada, la lluvia le ha inundado la casa, no se puede mover...".

Operador: (con un tono de voz cálido y un ritmo pausado) "Muy bien Azucena. Las dos están muy nerviosas. Es normal que se encuentren así. Enseguida enviaremos una ambulancia. ¿Dónde vive María?".

Azucena: "Estamos en su casa, en la calle de las Almendras, 8, en Mazarrón... Por favor, vengan rápido, María se va a morir...".

Operador: "¿María puede hablar?".

Azucena: "Sí, se queja mucho, tiene miedo de morirse, no se puede mover...".

Operador: "Azucena, ahora mismo sale para allá una ambulancia. No deje sola a María. Para cualquier cosa que necesite nos vuelve a llamar".

Azucena: (ansiosa) "Muchas gracias, hijo... María se va a morir... Dios mío...".

Operador: "Azucena, enseguida llegará la ambulancia. Si necesita algo nos llama".

Azucena: "Gracias, esperemos que no tarde mucho". (Cuelga el teléfono).

En el caso de tener que realizar una evaluación sanitaria, antes de iniciar la exploración, les avisaremos de que tendremos que tocarles ciertas partes del cuerpo, y que esto es necesario porque intentamos descubrir y determinar en qué consiste la lesión. Debemos advertirle que le realizaremos preguntas y que sus respuestas serán muy importantes para la evaluación de las lesiones. No debemos olvidarnos de advertir acerca del dolor que podemos causarle en el momento de palpar áreas en las que posiblemente existan lesiones, pero no dejaremos de agregar que la sensación dolorosa será breve y que la forma en que nos responda a dicha sensación servirá de ayuda para determinar aquello que no marcha bien. Debemos recordar la consecuencia de pasar por alto esta advertencia relativa al dolor que puede experimentar la persona mayor afectada: perdería la confianza que hayamos logrado inspirarle.

Durante la evaluación sanitaria a María en su domicilio:

Sanitario: (agachado al lado de María, mirándola a los ojos y agarrándole una mano) “María, ahora le voy a ir tocando por distintas zonas de su cuerpo, para ver dónde está la lesión. En el momento en que sienta dolor nos lo dice. Esto es muy importante para saber qué es lo que tiene.”

María: “Por favor, no me haga mucho daño”.

Sanitario: “María, en el momento en que le haga daño, me lo dice. Tengo que explorarla para saber qué es lo que le pasa y poder ayudarla”.

María: “Está bien, pero... ¿me voy a morir?”.

Sanitario: (manteniendo el contacto visual, y hablando de forma pausada y tranquila) “No se va a morir. Debe tener algún hueso roto a consecuencia de la caída. En cuanto se lo localicemos, lo vendamos (en vez de “lo inmovilizamos”, pues puede ser que no entienda qué le vamos a hacer) y la llevamos al hospital para que se lo acaben de tratar”.

3. Comunicación con personas con discapacidad

3.1. *Las personas con discapacidad*

Las personas con discapacidad constituyen un sector numeroso de población, y muy heterogéneo. Para definir el marco conceptual sobre la discapacidad vamos a utilizar la terminología usada por la Organización Mundial de la Salud.

Entendemos por *discapacidad*⁴, el nombre genérico que engloba todos los componentes: deficiencias a nivel corporal; limitaciones en la actividad, a nivel individual; y restricciones en la participación, a nivel social. Se trata de tres dimensiones diferentes que interactúan entre sí con los factores contextuales (factores ambientales y personales).

En el desarrollo de este apartado se propone una serie de pautas generales, en función del tipo de discapacidad y orientadas a todos los agentes de ayuda, con el fin de mejorar la atención prestada por los emergencistas ante este colectivo.

Si bien, hay que tener en cuenta el grado en que se presenta la discapacidad, la trayectoria personal, la experiencia, etc., hay una serie de recomendaciones generales que pueden ser muy útiles al tratar con una persona con discapacidad. El conocimiento de estas orientaciones, además de ser una práctica herramienta a la hora de desarrollar nuestro trabajo, supone un enriquecimiento personal, y favorece la profesionalidad del agente de ayuda.

Muchos emergencistas tratan de ignorar la discapacidad, porque se sienten muy incómodos delante de una situación poco frecuente. Desde el punto de vista de la comunicación, es la incomodidad provocada lo que hace que reaccionemos formulando preguntas y más preguntas, un mecanismo defensivo que nos permite evitar el silencio (el silencio desenmascararía nuestra incomodidad).

Como señala Casado⁵, se producen tres tipos de desviaciones respecto a este ideal en la comunicación social básica; desviaciones que se pueden trasladar al plano interpersonal:

1. La sustantivación de lo adjetivo, es decir, emplear términos como deficiente, discapacitado o minusválido en vez de persona con discapacidad, deficiencia o minusvalía. Debe darse, siempre, una prevalencia a la persona sobre la discapacidad.
2. Atribución gratuita de valores, sentimientos, actitudes y conductas de forma estereotipada de las diversas clases de deficiencia, discapacidad o minusvalía.
3. El abuso de los eufemismos que, en muchos casos, son un recurso para quienes no saben muy bien cuál es el lenguaje apropiado para representar el mundo de la discapacidad. Pero los eufemismos velan la realidad.

Esto se traduce en determinadas *barreras*:

- Falta de conocimiento de las necesidades y hábitos comunicativos de las personas con discapacidad, así como del lenguaje adecuado para dirigirse a ellas.
- Los estereotipos: sus representaciones simplistas suscitan, muchas veces, actitudes negativas hacia las personas con discapacidad.
- El trato infantil a las personas con discapacidad porque son percibidas, a veces, como niños y niñas especiales.
- La aparición de personas con discapacidad provenientes de otros países que tienen otras lenguas puede constituir una nueva necesidad de adaptación.
- La falta de costumbre de hablar con personas con algún tipo de discapacidad puede provocar actitudes y gestos corporales que expresen sorpresa, curiosidad, disgusto, rechazo, distancia.
- La atribución de sentimientos e intenciones en función de gestos, miradas, tonos de voz, pausas, sonidos..., son diferentes según culturas.
- El desconocimiento de gestos específicos y de nuevos comportamientos gestuales.

Algunas *recomendaciones generales* al respecto son:

- Si formulamos una pregunta, escuchemos la respuesta. Hay que *dar el tiempo necesario* además, para que puedan hacernos una pregunta a nosotros. Dejemos que terminen de hablar antes de hacer la siguiente pregunta. Dedicar el tiempo necesario para que la persona satisfaga todas sus necesidades informativas sin mostrar impaciencia, desprecio o superioridad.
- Seamos directos e interesémonos *sin actitudes sobreprotectoras*. Las personas con algún tipo de discapacidad a veces desean hablar de ellas mismas y aprecian que los demás seamos claros, francos y nos interese por ellas. Han vivido muchas veces la especial situación de tener que explicar su condición y su diferencia.
- Realizar la comunicación con *educación y respeto* y verificar que la persona con discapacidad nos ha comprendido. Para ello nos dirigiremos directamente a ella y no a la persona interpuesta.
- Emplear las mismas pautas de conversación que con las demás personas y mantener el mismo trato verbal y el mismo *contacto físico* que con el resto.
- Aprender a usar el lenguaje y nueva terminología en el ámbito de la discapacidad. Poner a la persona por delante: diremos “*persona con discapacidad*”.
- *Evitar las descripciones negativas* o sensacionalistas, de fragilidad o dependencia. Lo que queremos obtener es respeto y aceptación, no compasión.
- No usar el término “*normal*” es mejor decir “*personas sin discapacidad*” o “*típicas*”.
- No ofrecer nuestra ayuda salvo que sea necesario y esperar a que nuestro ofrecimiento sea aceptado antes de actuar.
- Mantener una *actitud de naturalidad* y evitar comportamientos que ponen de manifiesto su discapacidad.
- Mirar a los ojos al hablar para demostrar nuestra atención e interés. No dudar al saludar.
- Mantener una actitud de *escucha activa* y no de “*qué querrá éste*”; no hacer otras cosas mientras hablamos.

3.2. Personas con discapacidad visual

Se considera discapacidad visual a cualquier alteración del sentido de la vista, pudiendo ser ésta total o parcial, así se distingue entre *ceguera* (pérdida total de visión) y *deficiencia visual* (pérdida parcial). Para entender la realidad que entraña esta discapacidad basta tener en cuenta que a través del sentido de la vista obtenemos el 80% de la información del mundo exterior.

3.2.1. Personas con ceguera

Como ya se ha mencionado, la ceguera es una pérdida total de visión. Estas personas obtienen información por vía auditiva y táctil principalmente.

Algunas características comunes de este colectivo son:

- Tienen una diferente percepción de la orientación y una diferente movilidad en los desplazamientos, que suelen resolver con el uso del bastón o del perro-guía.
- Leen en Braille, un sistema que es más lento que el ordinario.
- No reciben la información que se encuentra exclusivamente en soporte gráfico (carteles indicativos, etc.).
- La contaminación acústica (el ruido, entendido como sonido excesivo y molesto, provocado por actividades como el tráfico, locales de ocio, industria, etc.) les causa también pérdidas de información.

A) Recomendaciones generales para la atención a personas ciegas:

- *Nos identificaremos* antes de tener un contacto físico con una persona ciega. Le diremos nuestro nombre y nuestra función. Le presentaremos a la persona ciega los demás miembros del grupo para que no se sienta excluida. Preguntarle cómo se llama y utilizar su nombre para que tenga claro que nos dirigimos a ella.
- Cuando una persona ciega es víctima de un accidente, su sentido de orientación se altera y se interrumpe su capacidad para desplazarse. Es por esto que resulta importante que antes de intentar hacer cualquier cosa les *expliquemos lo ocurrido*.

- Para establecer comunicación con una persona ciega, colocaremos nuestra mano sobre su hombro o brazo y le hablaremos. Hemos de recordar que el *contacto físico* resulta alentador.
- Para comunicarse con una persona con discapacidad visual, hay que hablar en un *tono normal*, sin gritar ni elevar la voz. Hay que tener en cuenta que se trata de personas con discapacidad visual, no auditiva.
- Al hablar, hay que dirigir la *mirada* hacia su cara; directamente a la persona con discapacidad para saber lo que quiere o desea y no al acompañante.
- Si tenemos que marcharnos, hay que avisar a la persona; de lo contrario, puede dirigirse a nosotros pensando que aún permanecemos con ella. Del mismo modo, si regresamos es conveniente hacérselo saber. Hay que indicarle, cuando sea necesario, si hay más personas presentes.
- No se deben utilizar palabras como “aquí”, “esto”, “aquello”... ya que suelen ir acompañadas con gestos que no pueden verse por la persona ciega. En estas situaciones es preferible *utilizar términos más orientativos* como “delante de la puerta”, “detrás de usted”, “a su derecha”. En ocasiones puede ser útil conducir la mano de la persona ciega hacia el objeto e indicarle de qué se trata.
- Si una persona con discapacidad visual ha de leer o firmar un documento, es conveniente leérselo o indicarle, guiando su mano, dónde debe firmar.
- Debe *evitarse* el uso innecesario de *exclamaciones genéricas o indeterminadas* que puedan provocar ansiedad, inseguridad a la persona ciega, tales como “¡ay!”, “¡cuidado!”, etc. cuando veamos un peligro para ella. Es preferible emplear una exclamación más informativa, como “alto”, “deténgase”, con el fin de evitar que siga avanzando; luego se le explica verbalmente cuál era el peligro, o se le ayuda para que pueda evitarlo.
- Pueden utilizarse con normalidad palabras como “ver”, “mirar”, etc.; las propias personas con ceguera y deficiencia visual las utilizan normalmente en sus conversaciones.

- Es necesario que verbalicemos el *feedback*: “si, si...”, “comprendo”.
- En caso de que haya que acompañar a una persona con discapacidad visual, hay que situarse siempre *delante de ella* (como a medio paso) y permitirle que se coja de nuestro brazo; nunca nos debemos situar detrás de ella y agarrar su brazo, y menos aún su bastón.
- Si tenemos que acompañar a una persona con esta discapacidad al baño, le mostraremos donde se encuentran el inodoro y donde se puede lavar y secar las manos.
- Si tenemos que darles algún objeto, debemos ponerlo en sus manos y darles tiempo para que lo exploren.
- Si hay algún aspecto relevante y que ellos no puedan percibir, debemos explicárselo *sin dar juicios de valor*, a lo mejor a nosotros nos gusta y a ellos no.
- *Evitaremos* en todo momento las *expresiones compasivas*.
- No tocaremos el bastón ni el perro guía de la persona. El perro está trabajando y debe concentrarse. El bastón es parte del espacio individual de la persona.
- En España, las personas con deficiencias visuales acompañados de perros-guía tendrán acceso a lugares, alojamientos, establecimientos, locales y transportes públicos en la forma que se determina en el Real Decreto 3250/1983, de 7 de diciembre, por el que se regula el uso de perros guías de persona con discapacidad visual. Entre los establecimientos de referencia se incluyen los centros hospitalarios, públicos y privados, así como aquellos que sean de asistencia ambulatoria.

Cuando los bomberos llegan al Centro de Discapacitados para el control del fuego y el desalojo de los internos, un interviniente se acerca a Francisco, y antes de tener un contacto físico con él se identifica: “Hola, me llamo Pedro, soy bombero y estoy aquí para ayudarle. ¿Cómo se llama usted?”.

Francisco responde: “Ay, soy Francisco... ¿qué está pasando?”.

Pedro le explica lo sucedido, poniendo su mano sobre el brazo de Francisco. Así mismo le indica que es necesario salir del edificio cuanto antes, pues el humo se está haciendo demasiado denso y puede provocar asfixia.

Para ello, Pedro se sitúa delante de Francisco (como medio paso) y le dice que le coja del brazo. Así, ambos abandonan el edificio de manera segura.

3.2.2. *Personas con déficit visual*

Existe una amplia tipología de deficiencias visuales, dependiendo del grado, del momento de aparición, etc. Estas personas presentan un campo de visión funcional, pero reducido, difuso, sin contornos definidos, con predominio de sombras, por tanto la información visual que perciben no es completa.

Dependiendo de la patología de la que estén afectados, pueden tener dificultades específicas en la orientación y en la movilidad.

Las orientaciones aplicables a las personas deficientes visuales son muy similares a las citadas anteriormente en el caso de la ceguera, por ello expondremos aquí exclusivamente las *recomendaciones específicas* dirigidas a estas personas:

- Evitar debe presuponer cuánto ve una persona con déficit visual y qué cosas podrá hacer o no, lo mejor es preguntarle abiertamente.
- Tratar de colocarse siempre dentro de su campo visual.
- Hay que respetar su tiempo, ya que tiene dificultades para adaptarse a los cambios de luz.

3.3. *Personas con discapacidad auditiva*

El colectivo de personas sordas es un grupo muy heterogéneo en el cual la sordera incide en la construcción de identidades sociales diferenciadas.

Se puede definir la *discapacidad auditiva*⁶ como el déficit total o parcial en la percepción auditiva, que afecta fundamentalmente a la comunicación. Dependiendo del momento en el cual se produzca la discapacidad, y en función de la adecuación del proceso educativo y/o rehabilitador, se encontrarán personas que realicen lectura labiofacial y que se comuniquen oralmente u otras que se comuniquen a través del lenguaje de signos.

Dentro de este colectivo cada persona es un caso único. No obstante, podemos diferenciar dos grandes grupos:

1. *Hipoacusia*: los restos auditivos permiten comprender lo que otras personas dicen a partir de la audición, aunque la percepción del habla sea incompleta.
2. *Sordera*: pérdida auditiva grave. Percibe lo que otras personas hablan, no a través de la audición, sino, a partir de la lectura labial.

Más allá de la consideración de la sordera simplemente como anormalidad de una función sensorial, la sordera desemboca en una forma diferente de percibir y de vivir en el mundo, siendo la lengua de signos una de las principales respuestas que las personas sordas dan a su propia situación. Gracias a la existencia de la lengua de signos las personas sordas pueden acceder a la información de forma plena y adquirir nuevos conocimientos utilizando como lengua vehicular la lengua de signos.

Otras personas sordas no signantes se apoyan en otros recursos comunicativos como es la lectura labial, e intentan aprovechar sus restos auditivos a través de prótesis auditivas. Esto dependerá del diferente perfil de cada persona sorda, y por tanto las adaptaciones técnicas y humanas para cada uno también varían.

Tenemos que tener en cuenta que aunque tengan un buen dominio de la lengua oral (vocabulario, morfosintaxis, etc.) su habla expresiva puede resultarnos ininteligible y pueden tener dificultades para comprender la labiolectura de algunas personas.

Características de este colectivo a tener en cuenta:

- Su principal necesidad es la utilización de medios de información alternativos, recibidos a través de códigos visuales: lengua de signos, subtítulos, carteles, rótulos, señales, etc., que suplan a la información emitida habitualmente por vía auditiva.
- La lectura labial tiene muchas limitaciones: mala iluminación, existencia de elementos de distracción, distancia insuficiente, mala vocalización, etc. Un buen “labiolector” no descifra más del 30% del mensaje. Este porcentaje puede aumentar levemente gracias a la información contextual y a las habilidades de la persona sorda, pero nunca se llegará a recibir la información completa.
- La información que les llega por vía auditiva es parcial o nula, por lo que siempre debería transmitirse dicha información por vía visual de forma simultánea.
- La correcta percepción de sonidos de vital importancia tales como alarmas de incendios, etc., les resulta casi imposible.

Como su percepción del habla es diferente, necesitamos adaptar las estrategias de comunicación en nuestra relación con ellos.

A la hora de intervenir con una persona con esta discapacidad debemos tener en cuenta una serie de *pasos previos a la comunicación* que nos van a facilitar la transmisión de información:

- No debemos hablar con ellos cuando no nos estén mirando.
- Para llamar su atención basta establecer una llamada de atención a través del contacto físico leve en el hombro.
- Siempre debemos hablarles de frente.
- A la hora de comunicarnos con ellos debemos ponernos a su altura.

3.3.1. Recomendaciones generales para comunicarnos con personas con discapacidad auditiva:

Si una persona no lleva consigo un audífono que sea visible no hay ninguna indicación aparente de que tenga problemas auditivos. Sin embargo, sus actos pueden advertir de su condición; así, a pesar de su

aspecto atento, si la persona no responde a las preguntas que le hacemos resulta fácil pensar que sufre de sordera, y lo mismo sucede cuando esa persona no reacciona con los ruidos que hay a su alrededor.

Si la persona intenta ponernos al tanto de que no oye, hará un esfuerzo y con el dedo índice señalará su oreja y su boca mientras mueve la cabeza negativamente. Si conoce el lenguaje de signos y dispone además de movimiento en sus brazos (es decir, la lesión que sufre no le impide estos movimientos), quizás mueva sus dedos y manos en un intento de comunicación. Si la persona hace tales movimientos con los dedos y manos, o emite sonidos guturales e ininteligibles, no hemos de pensar que sufre una crisis histérica o que da muestras de confusión o deterioro mental. Para confirmar si la persona es sorda podemos utilizar un bolígrafo y un papel para comunicarnos.

- Cuando vayamos a comunicarnos con una persona sorda o hipoacúsica hay que *hablarle de frente, despacio y articulando bien las palabras*, pero sin exageración. Buscando la mejor iluminación posible, hay que procurar que la cara del que habla esté a plena luz, para favorecer la comunicación.
- No todos los sordos dominan la lectura labial, ni todos usan la lengua de señas. Hay que procurar, pues, averiguar qué sistema de comunicación usa para dirigirse a él. En último extremo, se usa la escritura.
- La lectura labial tiene muchas limitaciones que dificultan la interacción con las personas con discapacidad auditiva, como una mala o deficiente iluminación, existencia de elementos de distracción, distancia insuficiente, mala vocalización, concurrencia de deficiencias visuales en el sordo, etc. Por ello es muy importante *vocalizar claramente y a un ritmo moderado* –sin exageración y sin gritar– y no hablar rápido, para una correcta lectura labial.
- Hay que mantener la zona de la boca libre de “obstáculos”: bolígrafo, mano, chicle, caramelo, cigarrillo, etc., que dificultan la vocalización y la lectura labial.

- Hay que mantener la *tranquilidad*, sin gritar (un sordo no oirá más por eso), y escoger las palabras más adecuadas y comprensibles para comunicarse. Es válida la ayuda de gestos, signos sencillos (si se conocen) o de la escritura.
- Para llamar su atención es suficiente con un par de golpes suaves en el brazo o el hombro. Si está lejos y en una habitación, se puede apagar y encender las luces intermitentemente, también se puede golpear suavemente el suelo o una mesa; si son de madera, sienten las vibraciones.
- Debemos hablarles de manera normal. No debemos hablar ni deprisa, ni demasiado despacio.
- Construir *frases breves y sencillas*.
- Cuando no se entienda bien algo que ha dicho una persona con esta discapacidad, hemos de *pedirle que lo repita*; no le diremos que le hemos entendido si no ha sido así.
- Si detectamos que la persona tarda en comprender la información que se le está dando, hay que repetírselo, o utilizar sinónimos, darle tiempo, procurar *respetar su ritmo*.
- Hablar con *naturalidad*: sin preocuparse por decir “oiga” cuando hablemos con personas con esta discapacidad. Ellos comprenden que es una manera de decir las cosas.
- Verifiquemos que ha comprendido lo que le tratamos de comunicar (*feedback*). En caso de mucha dificultad, podemos escribir aquello que queremos decirle.
- El audífono, no proporciona una audición completa, por tanto la persona que lo lleva se seguirá apoyando en la lectura labial para comprendernos.
- Si la persona va acompañada por un intérprete de lenguaje de signos, debemos mirar a la persona sorda y mantener *contacto visual* con ella. Hablemos directamente con la persona (“¿Qué le gustaría?”) en vez de dirigirnos al intérprete (“Pregúntele qué le gustaría”).

Mantener la tranquilidad, no gritar, y escoger la estrategia más adecuada para comunicarnos, ayudándonos de gestos, signos sencillos, o la escritura.

3.4. Personas con discapacidad física

Una *discapacidad física* es aquella en la que aparecen limitaciones en la ejecución de movimientos, sin importar el desencadenante de estos problemas (cerebral, muscular, etc.). Según la causa y el grado de la discapacidad, además de los movimientos puede existir afectación de áreas como el lenguaje o la manipulación de objetos. Este tipo de discapacidades sin embargo no tienen por qué interferir en los procesos de cognición y aprendizaje, aunque es cierto que suele haber procesos que en muchos casos son más lentos, como expresión escrita, expresión oral, etc. Es, por tanto, una alteración de la capacidad del movimiento que implica en distinto grado a las funciones de desplazamiento y/o de manipulación, bucofonatorias o de la respiración que limita a la persona en su desarrollo personal y social. Generalmente son la consecuencia de lesiones medulares, parálisis cerebral, distrofias musculares, esclerosis múltiple, etc.

La discapacidad física abarca los problemas de coordinación o manipulación que dificultan o impiden la utilización de los objetos. Puede ir desde la carencia de algún miembro hasta problemas nerviosos que afecten a la funcionalidad de los mismos.

A pesar de que solemos asociar discapacidad física con silla de ruedas, hay que tener en cuenta que no todos la usan, ya que también pueden valerse de muletas, bastones, o incluso no necesitar ningún tipo de apoyo en ese aspecto.

Este tipo de discapacidad incluye las siguientes deficiencias:

- Deficiencias osteoarticulares: Cabeza, columna vertebral, extremidades superiores y extremidades inferiores.
- Deficiencias en el sistema nervioso: parálisis de una extremidad superior, parálisis de una extremidad inferior, paraplejia, tetraplejia, trastorno de la coordinación de movimientos y/o tono muscular, otras deficiencias del sistema nervioso.
- Deficiencias en la piel.

Las discapacidades físicas que suelen presentarse con mayor frecuencia son:

- *Esclerosis Múltiple*: Es la enfermedad neurológica más frecuente entre adultos jóvenes que afecta a la sustancia blanca (mielina) del cerebro y la médula espinal. Los síntomas más frecuentes son: visión doble o borrosa, debilidad y torpeza en las extremidades, alteración de la sensibilidad, vértigo y fatiga excesiva.
- *Parálisis Cerebral*: Es un trastorno persistente, pero no invariable, de la postura y el movimiento, debido a una disfunción del encéfalo antes de que su crecimiento y desarrollo se completen.
- *Espina Bífida*: Es un defecto congénito en el cierre de las vértebras de la columna vertebral, que tiene como consecuencia diferentes grados de lesión en la médula espinal y el sistema nervioso. Este daño es irreversible y permanente. En casos severos, la médula espinal sobresale por la espalda. Este defecto de nacimiento provoca varios grados de parálisis y pérdida de sensibilidad en las extremidades inferiores, así como diversas complicaciones en las funciones intestinales y urinarias.
- *Fibromialgia*: Es una enfermedad crónica que ocasiona a quien la padece dolor en múltiples localizaciones del cuerpo y un cansancio generalizado. El síntoma más importante de la fibromialgia es el dolor. La fibromialgia puede ocasionar rigidez generalizada sobre todo al levantarse por las mañanas y sensación de hinchazón más delimitada en manos y pies. También pueden notarse hormigueos poco definidos que afectan de forma difusa sobre todo a las manos. Otra característica es el cansancio que se mantiene durante todo el día. Las personas que padecen fibromialgia tienen una mala tolerancia al esfuerzo físico.
- *Discapacidades derivadas de accidentes*: Los accidentes de tráfico y los accidentes ocurridos durante la práctica de actividades deportivas son los principales factores que ocasionan importantes discapacidades físicas en personas que hasta entonces no presentaban ninguna disfunción invalidante.

Las necesidades de estas personas estarán condicionadas por las capacidades funcionales que presenten, por lo que la necesidad de utilizar determinadas ayudas técnicas se puede convertir en un handicap para algunas de ellas.

La falta de conocimiento del vocabulario adecuado se revela como un problema importante para las personas con discapacidad física. Por otro lado, algunos tipos de discapacidad física, como la esclerosis lateral amiotrófica (ELA) o la parálisis cerebral, en ocasiones pueden impedir el lenguaje verbal.

3.4.1. Recomendaciones generales para comunicarnos con personas con discapacidad física:

- Procuraremos mantener una *actitud natural* con las personas con discapacidad. No nos dejaremos llevar por determinadas características físicas (ritmos, tiempos...) que algunas personas puedan tener. Se puede encontrar a personas con dificultades para expresarse oralmente, que utilicen sistemas de comunicación alternativos, o que necesiten más tiempo para expresar las mismas cosas... Seamos *pacientes*, permitamos que se comuniquen.
- No tratarles como niños pequeños, *no infantilizar*. Utilizar un lenguaje correcto, de acuerdo con su edad.
- Al hablar con una persona que utiliza silla de ruedas, siempre que sea posible nos situaremos frente a ella y a su misma altura (si es posible nos sentamos). En caso de que esté acompañado, hay que dirigirse a la persona con discapacidad, y no al acompañante.
- En caso de que necesite algún tipo de ayuda (empujar la silla, coger algún objeto, pulsar el botón del ascensor...) no se debe olvidar preguntar antes qué es lo que necesita exactamente.
- Al hablar con personas con estas características, procuraremos familiarizarnos con su modo de comunicación y si no comprendemos algo, conviene hacérselo saber; no debemos nunca aparentar haber comprendido si no ha sido así.
- Cuando las personas con esta discapacidad intenten comunicarse, hay que procurar hacer un *esfuerzo por entender y comprender*, ya que pueden tener dificultades importantes para pronunciar o hablar correctamente.

- Si utiliza muletas o bastones, no apresurarla. Evitar empujones.
- Debemos adaptarnos a su ritmo de movimientos. Las acompañaremos, sin dirigir.
- Al estar en grupo, no hablar con el resto de personas fuera de la vista de la persona con discapacidad.
- Si se le habla o pregunta, dejarle tiempo para que se exprese, en ocasiones estas discapacidades van asociadas a problemas en la expresión o el habla.
- Si hay que ayudar a una persona con discapacidad física a desvestirse (para realizar la exploración médica, por ejemplo), hay que deslizar su brazo por una manga y pasar la prenda por la cabeza; si tiene un miembro inmovilizado, se desliza primero el brazo sano.
- A la hora de realizar un traslado en transporte sanitario no debemos olvidar llevar cualquier tipo de dispositivo que la persona utilice para poder moverse (muleta, prótesis, silla, etc.).
- *No actuar con una actitud sobreprotectora.*

3.4.2. *Consejos para la atención de una persona en silla de ruedas:*

- Preguntar siempre, antes de coger la silla de ruedas, si la persona con discapacidad necesita ayuda; y qué tipo de ayuda.
- Explicar siempre dónde les llevamos y por qué. Consultémosle.
- La persona con discapacidad conoce su silla y su manejo, ella informará de cómo maniobrar.
- Advertir siempre con anterioridad de la maniobra que se va a realizar con la silla.
- No empujar la silla demasiado deprisa, ni girarla bruscamente.
- Atravesar con ella por zonas de señalización de tráfico (pasos de peatones, semáforos).
- Colocar la silla correctamente, bloqueando siempre los frenos.
- No levantar la silla por los brazos, sería causa de accidente si se nos quedan en la mano.
- En terreno desigual debemos inclinar la silla sobre las ruedas grandes, para evitar caídas.

- Para franquear un escalón, inclinar la silla hacia atrás hasta que se encuentre en equilibrio. Bajar y subir el peldaño perpendicularmente a él.
- Si hay que trasladar a la persona de la silla, se frena ésta y se levanta el reposapiés, se pasa el brazo alrededor de su cintura y el otro bajo los muslos, cerca de sus rodillas, se coloca un brazo de la persona con discapacidad alrededor de nuestro cuerpo, y se la levanta.
- Cuando vamos a conversar un rato con una persona en silla de ruedas procuraremos sentarnos para situarnos a su misma altura, pero no debemos apoyarnos en la silla de ruedas, ya que forma parte de su espacio personal.

Otro bombero (Raúl) se acerca a Manuel, que está muy nervioso, situándose delante de él y agachándose para ponerse a su misma altura. “Soy bombero, me llamo Raúl. Voy a hacer lo posible para poder ayudarle”. Manteniendo contacto visual con Manuel, Raúl le explica que han de abandonar el edificio cuanto antes. Para ello le pregunta a Manuel cómo funciona su silla y cómo puede ayudarle. Manuel le da las instrucciones precisas y Raúl le traslada al exterior del edificio, con rapidez pero sin brusquedad en las maniobras realizadas con la silla.

3.5. *Personas con discapacidad intelectual*

El término *discapacidad intelectual o retraso mental* alude a limitaciones sustanciales en el funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, que generalmente coexiste junto a limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilidades de adaptación: comunicación, auto-cuidado, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autodirección, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, tiempo libre y trabajo.

A menudo, junto a limitaciones específicas coexisten potencialidades en otras áreas adaptativas o capacidades personales.

Una persona con deficiencia intelectual es quien desde su infancia se desarrolla en grado inferior al normal, y presenta dificultades en el aprendizaje, la adaptación social y productividad económica.

Es un hecho que quien padece este problema, puede aprender y desarrollar al máximo su capacidad de aprendizaje, siempre y cuando cuente con el apoyo, el estímulo y la educación que se requiere en cada caso.

El nivel de afectación puede ser:

- *Leve*: su desarrollo intelectual es lento y sus posibilidades de educación académica limitadas, pero con un programa adecuado de estimulación y capacitación, la persona alcanza una vida independiente y productiva.
- *Moderada*: quien la padece puede aprender a satisfacer sus necesidades, cuidar de sí mismo y llevar una vida laboral productiva bajo condiciones especiales.
- *Severa*: se presenta un retraso en el desarrollo del movimiento y del lenguaje, aunque logran aprender a cuidarse y algunas destrezas fundamentales que les permiten adaptarse a la sociedad. Su productividad económica es limitada.
- *Profunda*: requieren de cuidados y atenciones constantes para sobrevivir; la coordinación motriz y el desarrollo de sus sentidos son muy pobres y a menudo sufren impedimentos físicos.

Este colectivo presenta dificultad de comprensión de estructuras complejas de comunicación y de acceso a los conceptos abstractos, así como dificultades a la hora de expresarse verbalmente por limitaciones cognitivas y lentitud de procesos.

La ausencia de contacto visual y las manifestaciones gestuales desconocidas son dos de los problemas con los que se encuentran las personas con discapacidad intelectual.

3.5.1. Recomendaciones generales para comunicarnos con personas con discapacidad intelectual:

- Ofrecer a la persona la oportunidad de expresarse y *escuchar* atentamente.
- *Hablar claro y pausado* y dejar hablar al otro respetando su ritmo.

- Emplear *construcciones gramaticales sencillas*: un lenguaje natural, con una estructura gramatical básica, con tiempos verbales en modo indicativo, y con una secuenciación de acciones muy bien estructurada y corta.
- Evitar el uso de siglas, tecnicismos, perífrasis o frases demasiado largas: utilizaremos un *lenguaje sencillo*.
- Recurrir a ejemplos que faciliten la respuesta o utilizar papel y escribir la palabra o expresión que no se nos entienda. En este caso, tener delante el producto del que se hable puede contribuir a la comprensión de las explicaciones, bien porque se vea o porque se esté tocando.
- Hablaremos en presente y verificaremos siempre la comprensión de lo que se comunica.
- En la comunicación con las personas con este tipo de discapacidad, si se utiliza el lenguaje no verbal, éste tendrá que ser muy claro, sin matices; es decir, si es de enfado la cara tendrá que reflejarlo muy claramente y habrá que hacer mención expresa a la emoción que se refleja.
- Explicaremos las cosas varias veces de distinta manera y secuenciaremos la información para facilitar la comprensión de nuestro mensaje.
- Procuraremos *eliminar los elementos ambientales*, como la música o el ruido, que puedan distraer la atención de nuestro interlocutor.
- Debemos *hacerles partícipes* de las decisiones, de las actividades y de la relación-comunicación que se presente. Evitaremos actuar por ellos: les preguntaremos y escucharemos su respuesta.
- Tenemos que tener *paciencia*. A menudo reaccionan con lentitud.
- Debemos manejar a este tipo de pacientes con un cuidado especial para reducir su temor y confusión. Algunas veces no entienden qué les está ocurriendo en una situación de emergencia y como consecuencia se asustan.

*El lenguaje debe ser sencillo, sin términos técnicos,
con frases cortas y estructura gramatical básica.*

3.6. *Personas con discapacidad del habla*

Se trata de una deficiencia en la capacidad del habla, pudiendo tratarse desde una desviación hasta la pérdida o falta de la misma. Esta deficiencia puede afectar a diferentes funciones, por ejemplo, a las funciones de la voz (como la producción, la calidad o la articulación de la misma) o a aquellas relacionadas con la fluidez, la velocidad y el ritmo del habla.

Asimismo, la discapacidad del habla puede conducir a una limitación en la capacidad de comunicación y, dependiendo de la situación, a problemas o no en el desempeño de la actividad comunicativa.

Uno de los ejemplos más frecuentes de este tipo de discapacidad es la *tartamudez*. Consiste en una repetición involuntaria, con prolongación o bloqueo, de una palabra o de una parte de la misma que una persona trata de decir.

El tartamudeo afecta directamente a la comunicación e, indirectamente, puede afectar a la vida, la autoestima y la capacidad de la persona que lo padece para relacionarse con los demás.

Hay que tener en cuenta que en los casos de tartamudez más severa, el teléfono es visto como un verdadero instrumento de tortura que no se usa en la vida cotidiana, y al que es muy difícil recurrir en situaciones de urgencia.

3.6.1. *Recomendaciones generales para comunicarnos con personas con discapacidad del habla*

- Nunca debemos asumir que una persona que tiene un desorden de la comunicación (defecto en el habla, pérdida auditiva...) también tiene una discapacidad cognoscitiva, como el retraso mental. De hecho, las personas con retraso mental a menudo hablan perfectamente.
- Para solicitar información a personas con dificultades de lenguaje, *secuenciaremos* nuestras *preguntas* para que puedan responderlas de una en una. Si no entendemos lo que nos ha dicho no deberemos fingir lo contrario.

- Ante personas con problemas de tartamudez, deben evitarse comentarios como: “habla más despacio”, “no te pongas nervioso” o “relájate”. Estos hacen que la situación de habla se torne más tensa y desagradable.
- No ayudaremos a esta persona completándole la frase. Mantendremos el contacto visual y no nos burlaremos ni reiremos de la situación. Intentaremos transmitir a la persona que *lo importante es lo que dice* y no cómo lo dice.
- Cuando esta persona salga del bloqueo o hable fluidamente, no es bueno recurrir a expresiones como: “lo hiciste bien”, “te felicito” o “estás hablando mucho mejor”. Esto provoca que se sienta evaluado cada vez que habla.
- Debemos mantener el *contacto visual*. No importa que nos resulte incómodo.

3.7. Personas con trastorno mental

Podemos definir un *trastorno mental* como una alteración, temporal o permanente, de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento, en el que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, la sensación, el aprendizaje, el lenguaje, etc., lo que dificulta a la persona su adaptación normalizada al entorno cultural y social en que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo.

Existen distintos tipos de trastornos mentales, entre ellos: los trastornos del estado de ánimo, los trastornos psicóticos, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la personalidad, los trastornos del sueño, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos cognoscitivos.

La mayoría de las alteraciones mentales no se perciben físicamente, son invisibles, lo que contribuye a que se mantenga la confusión que existe entre las distintas patologías

Todos tenemos probabilidades de padecer algún tipo de trastorno mental, al igual que ocurre con muchos otros tipos de enfermedades. De hecho, una de cada cuatro personas sufre un trastorno mental

a lo largo de la vida. Aunque teóricamente pueda haber personas con más predisposición genética que otras a padecerlos, los factores ambientales pueden afectar de forma determinante en la aparición de trastornos mentales, con lo que todos estamos expuestos a ello. Sin embargo, éstos pueden curarse o controlarse con un tratamiento adecuado, por tanto, los trastornos mentales no son siempre irreversibles y no son siempre permanentes en la vida de una persona una vez adquiridos.

Los trastornos mentales que pueden presentarse con mayor frecuencia son:

- *Esquizofrenia:* Es un trastorno psicótico caracterizado por un desorden cerebral de aparición aguda que deteriora la capacidad de las personas para pensar, dominar sus emociones, tomar decisiones y relacionarse con los demás. Suele estar acompañado de algún tipo de delirios y/o alucinaciones.
- *Trastorno de la personalidad:* Se trata de alteraciones del modo de ser propio del individuo, de su afectividad y de su forma de vivir y de comportarse, que se desvían de lo normalmente aceptable en su entorno y cultura. Existen distintos tipos: personalidad paranoide (personas con gran desconfianza y recelo en todo lo que le rodea), esquizoide (personas introvertidas, retraídas, que evitan el contacto social y no expresan emociones), personalidad obsesiva (personas rígidas, perfeccionistas, escrupulosas), narcisistas (personas con agrandamiento del ego), etc.
- *Depresión:* Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada, disminución de la actividad física y psíquica, falta de interés o placer en casi todas las actividades, sentimiento de impotencia, falta de valor y esperanza, sentimiento de culpa, llanto incontrolable, irritabilidad. Abandono del cuidado e higiene personal, pensamientos sobre la muerte o intentos de suicidio.
- *Trastorno bipolar:* Es un trastorno del estado de ánimo anteriormente conocida como alteración maníaco-depresiva que se caracteriza por la presencia cíclica de períodos de fase maníaca

(de elevación del estado de ánimo, eufórico, expansivo e irritable) y fases de depresión (pérdida de interés o placer en todas las actividades, abatimiento, sentimientos de infravaloración o de culpa; dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte, etc.)

- *Ansiedad*: Es un trastorno caracterizado por la presencia incontrolable de preocupaciones excesivas y desproporcionadas, centradas en una amplia gama de acontecimientos y situaciones reales de la vida, y acompañadas por lo general de síntomas físicos, tales como sudoración, nerviosismo, inquietud, palpitaciones, etc.
- *Anorexia nerviosa*: Es un trastorno de la conducta alimentaria caracterizado por un rechazo a mantener un peso corporal mínimo normal, en un miedo intenso a ganar peso y en una alteración significativa de la percepción de la forma y tamaño del cuerpo.
- *Fobia*: Es un trastorno caracterizado por la aparición de un temor irracional e injustificado muy intenso y angustioso a determinadas personas, cosas o situaciones, lo que suele dar lugar a comportamientos de evitación. Hay tipos diferentes según el objeto causante: fobia social (a situaciones sociales), claustrofobia –con o sin crisis de pánico– (a sitios cerrados o de donde es difícil salir), fobia a ciertos animales, etc. Muchos de ellos no reconocen que la fobia es absurda, y la reviven como real.
- *Trastorno obsesivo compulsivo*: Es un trastorno de ansiedad caracterizado por la presencia de obsesiones (ideas y pensamientos de carácter persistente que el individuo reconoce como intrusas y absurdas y que causan un malestar y ansiedad) que la persona intentará mitigar con las compulsiones (comportamientos o actos físicos o mentales de carácter recurrente). Por ejemplo, el caso de las personas que siempre sienten que tienen las manos sucias y se las lavan demasiado frecuentemente (tienen la necesidad de lavarse un cierto número de veces antes de iniciar una acción).

Existen diversas formas de clasificar los trastornos mentales. Nuestro objetivo no es tanto que seamos capaces de poder identificar exactamente ante qué tipo específico de trastorno nos encontramos (cuya función es específica del psicólogo o del médico psiquiatra), como el establecer una buena capacidad comunicativa con las personas que están sufriendo este tipo de alteraciones.

Las personas con trastornos mentales pueden presentar dificultades para la adaptación ante situaciones nuevas (una situación de emergencia, por ejemplo), acompañadas de frecuentes crisis de ansiedad y angustia que se ven acentuados ante estas situaciones extraordinarias.

Existen al respecto una serie de estereotipos bastante comunes. Veamos algunos de ellos:

- *Las personas con alteración mental son violentas y peligrosas.* La mayoría de estas personas no son violentas pero sí tienen mucho miedo ante una realidad que perciben como extraña o amenazante y pueden actuar violentamente como respuesta a esa amenaza percibida.
- *Enfermo o sano:* No es un tema de todo o nada. Los trastornos mentales tienen diversos grados y formas diferentes. Además hay que tener en cuenta que puede pasar por diversos ciclos de mejoría o empeoramiento del trastorno, y en la mayoría de ellos, con un tratamiento apropiado, a la remisión de éste.
- *Nunca hay que creer a las personas con trastorno mental:* Las personas con problemas de salud mental pueden conservar intactas todas las capacidades mentales. Las alucinaciones o delirios puede ser muy concretas o limitadas en el tiempo, pero algunas personas pueden desarrollar una vida prácticamente normal.

Algunas manifestaciones psicopatológicas graves pueden instaurarse a partir de la situación de estrés, (o convertirse en el factor reactivante de su patología psiquiátrica anterior) aunque en general nos encontramos con personas que ya en ese momento padecían estas alteraciones.

En la mayor parte de las ocasiones son personas con las que podemos establecer un diálogo coherente. Vamos a tratar aquí de aquellas enfermedades donde el contacto con la realidad está muy alterado, por lo que deberemos tener en cuenta algunas particularidades en nuestro trato con éstas.

Una de las dificultades que suelen expresar los intervinientes (sanitarios, policías, bomberos, etc.) en situaciones de crisis, es la actuación ante personas que presentan una importante alteración de la conducta.

El adecuado manejo de estas personas es de especial importancia, ya que mediante nuestra ayuda podemos disminuir su angustia y de este modo evitar situaciones de peligro, tanto para ellos mismos como para el entorno. Cuando una persona con un trastorno mental importante es víctima de un suceso traumático, aumenta su vulnerabilidad psicológica y fácilmente puede aflorar toda la sintomatología propia de su problema o agravar su estado.

3.7.1. Recomendaciones generales para comunicarnos con personas con trastorno mental:

Algunas *pautas de intervención útiles* para el trato con personas con un trastorno mental son:

- No intervenir si la persona está armada. Deberemos avisar a los servicios de seguridad.
- Evitar acercarse por sorpresa. Hacerlo de frente y despacio, hablándole mientras nos acercamos, mostrando las manos abiertas.
- *Presentarnos* y decir que estamos allí para ayudarle en la situación que está viviendo.
- Dejar una distancia mayor a la habitual.
- Cuidar que la disposición del espacio nos permita una salida en caso de urgencia.
- Contar cerca con la presencia de soporte de otros compañeros.
- Priorizar una *comunicación de alianza* con la persona afectada.

- Tratarle de forma natural. En todo momento hay que procurar *evitar prejuicios y/o sobreprotección*, que impidan o dificulten una adecuada relación.
- Averiguar qué piensa, qué le dicen las voces que oye, etc...
- *Preguntar* de qué manera le podemos ayudar, si cree que puede controlarse por sí mismo o necesita ayuda, pero sin que parezca un interrogatorio.
- Poner *pensamiento* en sus acciones. Decir que creemos que está asustada, enfadada o triste, que queremos ayudarla a mejorar su situación...
- *Ser flexibles* ante cualquier demanda. Ofrecer bebida, tabaco, comida, abrigo.
- Valorar si los familiares o amigos pueden ser aliados para la resolución del problema. En algunas ocasiones, algún miembro de la familia puede ayudar a calmarlo, y de ser así debemos permitir que dicha persona se suba a la ambulancia junto al paciente, por ejemplo, en el caso de un traslado sanitario.
- No tener prisa.
- *No criticaremos* ni potenciaremos su conducta; los mensajes deben ir en el sentido de que realmente creemos que el o ella vea, sienta o piense lo que nos está expresando, legitimando su miedo o preocupación.
- *Evitar chillar ni amenazar* porque lo vivirá como una agresión
- *Evitar engañarle*, ya que si percibe el engaño perderemos su confianza. Por ejemplo, no debemos decirle que le vamos a llevar a dar un paseo, más bien decirle que si nos acompaña tendrá la oportunidad de que le atiendan correctamente.
- Debemos *transmitir comprensión e interés* ante los problemas que nos explique.
- Hablarle de cosas muy concretas y cotidianas (que sean referentes para él o ella).
- Usar un *lenguaje sencillo* que no pueda denotar ambivalencias (no entienden el lenguaje metafórico ni la ironía).
- Expresarnos con *sinceridad*. Ni demostrar miedo, ni tratarle como si fuera un amigo (evitar los excesos de confianza).

- *Evitar las bromas, chistes.* Cuando están enfermos no interpretan correctamente el sentido del humor.
- Les cuesta mucho relacionar un hecho concreto (por ejemplo, un familiar) con su malestar (pensamiento disociado), pero es positivo que les ayudemos a relacionarlo.
- Sobre todo, *respetar su silencio.*
- *Acompañarle* y no dejarle a solas ni un momento hasta que alguien se pueda hacer cargo.
- Si debe tomar medicación debe hacerlo delante nuestro y que alguien controle la dosis.
- Nos referiremos a las personas diagnosticadas con discapacidad por trastorno mental como "*persona con discapacidad por enfermedad mental / por problemas de salud mental*" y evitaremos las descripciones negativas o sensacionalistas.
- Hay que utilizar terminología actual y adecuada: centro de salud mental, centro de día o centro de rehabilitación; el ingreso en los mismos es un ingreso hospitalario y no una reclusión o un internamiento.
- No es correcto usar, fuera del contexto de salud, adjetivos como depresivo o anoréxico, por ejemplo, cuando a lo que nos referimos es a personas tristes o delgadas, según el caso.

A MODO DE RESUMEN:

Pautas de comunicación eficaz con personas con discapacidad

- No discriminación, evitando el uso discriminatorio del lenguaje.
- Respeto a la persona.
- Amabilidad en el trato, ayudando a la persona a sentirse relajada.
- Empatía, intentando situarse siempre en el lugar del interlocutor.
- Consideración de la persona con discapacidad y sus derechos, dedicando a la conversación todo el tiempo necesario. Esto ayuda, por ejemplo, a impedir que la persona con discapacidad intelectual se ponga nerviosa en el transcurso de la conversación.
- Claridad, sencillez y riqueza descriptiva en la producción de nuestros mensajes.
- Fidelidad en la transmisión de información y la adecuación de la expresión (mediante una mayor vocalización, un ritmo más pausado...) ante personas con discapacidad auditiva.
- Naturalidad: evitando fijarnos continuamente en la discapacidad o en los instrumentos o equipos de apoyo, sin sentirnos incómodos y tranquilidad ante los movimientos de las personas con problemas de movilidad.
- Corrección en el trato, sin tratar a estas personas como si fueran niños y niñas. Adopción de una actitud no paternalista.
- Sociedad diversa e incluyente: consideración de ciudadanos de pleno derecho.
- Complementariedad en los diferentes registros en los que se expresa un mensaje y expresividad para asegurar la correcta recepción de la información.
- Interés y atención: actitudes corporales de atención para mantener la comunicación. Es especialmente importante que nuestro interlocutor sepa que le escuchamos, y se lo demostraremos con una actitud positiva y empática que favorecerá la comunicación.

4. Comunicación con personas extranjeras

Una situación en la que nos podemos encontrar con verdaderas dificultades de comunicación es aquella en la que la persona a la que tenemos que atender no habla nuestro idioma. A algunas personas les resulta incómodo relacionarse con una persona de otra raza o cultura, sobre todo si no hay una comprensión lingüística recíproca.

Turistas e inmigrantes, debido a características comunes a ambos grupos como son el desconocimiento del entorno geográfico y social, resultan fácilmente víctimas de todo tipo de emergencias.

El elevado número de turistas que cada verano visitan nuestro país, y que en muchas localidades superan ampliamente a la población autóctona, y la presencia cada vez más patente de población inmigrante, a menudo instalada en las mismas zonas costeras visitadas por el turismo, hace que aumente la probabilidad de que en caso de accidente, desastre o catástrofe haya extranjeros entre las víctimas.

Por una parte, las características específicas de la práctica del turismo, como son los largos desplazamientos en vehículos, poca solidez e inflamabilidad del habitáculo en el caso de los campings, y el propio desconocimiento del territorio (por ejemplo, riadas repentinas en la costa) son factores que pueden favorecer una situación de emergencia.

Su grado de indefensión y desamparo es elevado, ya que sus redes de soporte social se encuentran en el país de procedencia; esto en muchas ocasiones va unido al desconocimiento del idioma y redunda en una baja capacidad de afrontamiento e impide la utilización de recursos y estrategias personales.

Algunas *recomendaciones* al respecto son:

- En primer lugar, debemos determinar qué grado de dificultad tiene la persona con el idioma. Si la comunicación resulta imposible deberemos buscar algún familiar o amigo como *intérprete*.
- Siempre se deben hacer *preguntas simples* y emplear términos comunes.

- Se debe *evitar* de forma especial los *tecnicismos* y el vocabulario médico.
- Las preguntas pueden complementarse con indicaciones visuales por medio de la comunicación no verbal (gestos) y señalando las partes específicas del cuerpo.
- Los elementos de la *comunicación no verbal* deberán equilibrar el acto de la comunicación. La entonación y la voz pueden tener un papel importantísimo en los casos de comprensión lingüística cero. Se pueden articular sonidos sin ningún significado, pero dotarlos de sentido con la entonación, el volumen, la mirada, etc.
- Se puede utilizar el *dibujo* como forma de expresión. Así mismo, se pueden utilizar tarjetas gráficas donde aparezcan los elementos más comunes de nuestros actos comunicativos (por ejemplo, una ambulancia, un hospital, un teléfono, etc.).
- El interviniente que trabaje en zonas con una gran población de personas que no hablen nuestro idioma deberá familiarizarse con su lenguaje, especialmente con los términos médicos comunes. Puede llevar tarjetas que contengan la pronunciación de dichos términos.

Una vez que Amud y Jürgen son evacuados del albergue, el personal sanitario desplazado al lugar del suceso se hace cargo de ellos.

Patricia, técnico en emergencias, se presenta a Amud, pero éste no entiende nada de nuestro idioma. Con una entonación tranquila y un tono de voz suave, Patricia señala el símbolo de su uniforme, coge el botiquín y se lo enseña a Amud, quien parece entender que ella está allí para ayudarle, pues su rostro comienza a reflejar serenidad y sonríe.

Aunque Amud no comprenda el idioma de Patricia, ésta le va explicando todo lo que le está haciendo (la protección de las quemaduras). Así mismo, le enseña una tarjeta con el dibujo de un Hospital para hacerle entender que se trasladarán a ese lugar.

Ricardo, enfermero, se ocupa de Jürgen y, del mismo modo que Patricia, se presenta. A continuación, coge el equipo de oxigenoterapia y le explica a Jürgen, haciendo el ademán de colocarse la mascarilla, el funcionamiento de ésta. Jürgen, en alemán, da indicios de que entiende el mensaje, por lo que Ricardo le coloca el equipo. También le enseña, a la vez que se lo va explicando, unas gasas y unas vendas para cubrir las quemaduras, señalando las zonas lesionadas.

Recuerda

- Podemos concluir que para comunicarnos de manera efectiva con los grupos de “población especial” debemos seguir una serie de recomendaciones o pautas generales y comunes para todos (personas mayores, personas con discapacidad, personas extranjeras):
- Dirigirse directamente a la persona afectada y no a su acompañante, presentándonos y explicando qué es lo que vamos a hacer. Actuar con tranquilidad.
- No infantilizar. Utilizar un lenguaje correcto, de acuerdo con la edad de la persona.
- Mantener una actitud de escucha activa. Debemos aclarar, repetir, reflejar, resumir y mantener una conducta no verbal adecuada.
- Es muy importante el contacto visual, pues da sensación de seguridad y tranquilidad.
- Nos debemos situar a la misma altura que la persona (si está sentada, nos sentaremos; si está tumbada, nos arrodillaremos).
- Verificaremos que ha comprendido lo que le tratamos de comunicar (*feedback*). Si no ha sido así, le repetiremos el mensaje.
- Adaptarse a su ritmo comunicativo. Ser pacientes.
- Si no entendemos algo de lo que nos dice, pediremos que nos lo repita.
- Tratarle de forma natural. En todo momento hay que procurar evitar prejuicios y/o sobreprotección, que impidan o dificulten una adecuada relación.
- Respetar los silencios.
- Utilizar un lenguaje sencillo, sin términos técnicos, con frases cortas y estructura gramatical básica.

Para complementar:

Fundación Telefónica (2003): *Soluciones de comunicación para personas mayores o con discapacidad*. Fundación Telefónica. Madrid

García Alonso, J.V.; Prat Pastor, J.; Rodríguez Porrero-Miret, C.; Sánchez Lacuesta, J.; Vera Luna, P. (Coord.) (2003): *Libro Blanco de I+D+i al servicio de las Personas con Discapacidad y las Personas Mayores*. IBV. Valencia.

IMSERSO/Telefónica (2005): *Hablamos sin barreras*. IMSERSO. Madrid.

Portal Mayores. Psicología del envejecimiento. Habilidades para trabajar con los mayores. <http://www.imsersomayores.csic.es/salud/psicologia/habilidades/pyr.html>

Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. <http://www.segg.es>
Discapnet: Portal de las personas con discapacidad. <http://www.discapnet.es>

Reglas de etiqueta frente a una persona con discapacidad. http://www.unitedspinal.org/pdf/etiqueta_disapacidad.pdf

Real Patronato sobre Discapacidad. <http://www.rpd.es/>

ACILS.COM. Hablar sobre discapacidad. Guía para la utilización de un lenguaje apropiado. http://www.imagina.org/archivos/hablar_discap.htm

CEPVI. Comunicación no verbal: el lenguaje del cuerpo. <http://www.cepvi.com/articulos/gestos1.htm>

CIF. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud. <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgied/cemece/indexCIF.htm>

GAMESINFO. Ética de conversación. <http://es.gamesinfo.com.au/ac/ARACET01.html>

MARTÍN PEÑA, N. Discapacitados: entre las barreras y los sueños. <http://www.unam.mx/rompan/45/rf45rep.html>

ONCE. Relación y comunicación.

<http://www.once.es/appdocumentos/once/prod/SSDVC%20Relacion%20y%20comunicación.doc>

Referencias bibliográficas

1. Freeman Fernández Ballesteros, R. (2000). *Gerontología Social*. Ed. Pirámide. Madrid.
2. Maestro, M^a. C. (2004). “Habilidades de comunicación con personas mayores”. En: Acinas, M^a. P. *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario*. Ed. Formación Alcalá. Jaén.
3. Reyes Ortiz, C. A.; Gheorghiu, S.; Mulligan, T. (1998). *Olvido de los fenómenos psicológicos en la relación médico-paciente anciano*. Colombia Médica.
4. Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)*.
5. Casado, D. (2001). *Comunicación Social en discapacidad*. Real Patronato sobre Discapacidad. Madrid.
6. Alcantud, F.; Ávila V.; Asensi M. (2000). *La integración de estudiantes con discapacidad en los Estudios Superiores*. Universidad de Valencia.

8

Comunicación de malas noticias

M^a del Mar Gómez Gutiérrez

Los objetivos de este capítulo son:

- Describir qué es una mala noticia.
- Mostrar cuales son las dificultades para comunicar una mala noticia.
- Presentar un procedimiento para informar de las malas noticias.
- Identificar las etapas por las que pasa una persona tras recibir una mala noticia.
- Conocer las habilidades de los profesionales de socorro y emergencias necesarias para la comunicación de malas noticias.
- Concretar los aspectos específicos en la comunicación de malas noticias en menores y otras poblaciones.

El sábado por la tarde la familia Pérez se encuentra disfrutando de las fiestas anuales que su localidad celebra con motivo de la patrona de ésta. Mientras Luisito, María y Carla, están en la atracción de las colchonetas elásticas, escuchan como su madre, Aurora, empieza a gritar ¡ayuda, socorro! porque su marido, Guillermo, se ha desplomado delante de ella y no responde a sus zarandeos ni llamadas. En este momento Joaquín, otro vecino del pueblo, llama al 112 para dar aviso de esta situación.

1. ¿Qué es una mala noticia?

Una “mala noticia” es aquella que altera las expectativas de futuro de la persona. El grado de maldad de esta noticia estará determinado por la distancia que separa las expectativas de futuro de la realidad de la situación.

Frecuentemente asociamos las malas noticias al fallecimiento de una persona, pero también nos podemos encontrar, en nuestra labor diaria, otras situaciones que van a suponer informar de una mala noticia. Entre estas situaciones puede estar tener que comunicar a un familiar de un joven, que tras el accidente de moto que ha tenido ha sufrido una lesión medular. Por lo tanto:

*El fallecimiento no es la única mala noticia
que se puede comunicar.*

Cuando nos encontramos en la situación de tener que comunicar una mala noticia experimentamos, tanto el emisor (profesional) como el receptor (familiar o amigo) de la noticia, ciertos niveles de ansiedad, porque comunicar malas noticias es una tarea compleja, ya que:

Las malas noticias nunca suenan bien.

Si bien es cierto que las malas noticias nunca suenan bien, es posible aprender a comunicar malas noticias. Además este aprendizaje supone beneficios tanto para el emisor del mensaje como para el receptor de éste. Respecto al receptor del mensaje (según nuestro caso, Aurora y sus hijos), Gómez-Batiste¹ señala como efectos positivos de una buena comunicación:

- Disminución de la ansiedad (que es aumentada por la ausencia de información), así como la oposición y/o agravamiento de otras conductas desadaptativas o disfuncionales.
- Aumento de la capacidad para la toma de decisiones.
- Mejora el proceso de adaptación psicológica del paciente.
- Favorece el establecimiento de objetivos terapéuticos.

De manera más concreta Barreto² señala los objetivos generales que pueden evitar la aparición de complicaciones tras el fallecimiento de un ser querido y que en su mayoría pueden ser desarrollados por profesionales bien formados, no necesariamente especialistas en salud mental. En concreto estos hacen referencia a:

- Informar sobre el duelo, sus manifestaciones y su duración.
- Abordar las circunstancias de la muerte.
- Hablar de la historia de la relación perdida y revisarla tanto en sus aspectos positivos como en los negativos.
- Favorecer todo aquello que aumente la realidad de la pérdida.
- Reforzar los elementos adaptativos existentes.
- Favorecer la expresión de emociones así como las costumbres y rituales.
- Normalizar la expresión de emociones positivas y desculpabilizar por experimentarlas (sentirse bien, reír o disfrutar no son incompatibles con el amor a quien ya no está presente)
- Identificar las necesidades, dificultades, preocupaciones y emociones.
- Brindar “ayuda práctica” y potenciar que su entorno más próximo también lo haga.

- Estimular el enfrentamiento de la nueva realidad que resulta de la pérdida (incluso cualquier alteración en el estatus o rol)
- Potenciar el manejo de los estresores de vida concurrentes.
- Identificar y potenciar las estrategias de afrontamiento utilizadas por el doliente, así como otros recursos disponibles y mostrar que “pueden hacer algo” por mejorar su situación.
- Incrementar la respuesta de apoyo del entorno social. Durante todo el proceso es importante ayudar a mantener las relaciones interpersonales que suponen una fuente de afecto real para el doliente. Cada momento puede presentar diferentes necesidades relacionales que impliquen distintas actividades. Así, se podría reforzar la idea que nuestros seres queridos se sentirán bien sabiendo qué es lo que necesitamos compartir con ellos.
- Favorecer la toma de decisiones.
- Mantener la salud y potenciar el autocuidado.

También, el emisor del mensaje (según nuestro caso, profesionales que acude tras la llamada del 112) puede obtener, tras profundizar en una adecuada comunicación de malas noticias y fallecimientos, determinados beneficios como:

- Mitigar determinadas respuestas que se dan en la comunicación de malas noticias como ansiedad, angustia y frustración.
- Conceder a la comunicación de malas noticias y especialmente la de un fallecimiento, el respeto que merece.
- Aumentar el sentimiento de profesionalidad, fundamentalmente el grado de confianza y competencia, tras la comunicación de malas noticias.
- Potenciar las habilidades emocionales y conductuales de los profesionales de socorro y emergencia.
- Mejorar la relación entre profesional y usuario.

Aprender a comunicar malas noticias puede resultarle beneficioso no sólo en el ámbito profesional, sino también personal.

2. ¿Por qué nos preocupa comunicar malas noticias?

Una adecuada comunicación del fallecimiento y nada cambia.

Una mala comunicación del fallecimiento y todo cambia.

Padre de un niño fallecido.

T. Dietz "Scenes of compassion"

Si nos detenemos a pensar en la emoción que experimentamos principalmente cuando tenemos que comunicar una mala noticia, es posible que se nos ocurra pensar en el miedo o más concretamente en los miedos que envuelven esta situación. En general este sentimiento lo podemos englobar en los 5 grandes miedos que expondremos a continuación:

- *Miedo a causar dolor*: a los profesionales de socorro y emergencia nos han formado para aliviar dolores y si durante un procedimiento sabemos que causaremos dolor contamos con anestésicos para aliviarlo. Sin embargo las malas noticias causan dolor y no contamos con un anestésico para controlarlo.

Podemos aprender a comunicar malas noticias pero nunca podremos eliminar el dolor de la persona que ha recibido una mala noticia.

- *Miedo de ser culpado*: tras la comunicación de una mala noticia es posible que nos encontremos con mensajes del tipo: "seguro que podían haber hecho algo más", "si hubieran puesto más interés"... Esta respuesta es una reacción ante una situación muy dolorosa que en ocasiones recae sobre los profesionales más inmediatos al familiar o amigo que recibe una mala noticia, por ello es importante recordar que:

No podemos eliminar el enojo de un familiar o amigo tras la comunicación de una mala noticia, sencillamente podemos escucharle y explicarle que es lo que se ha podido o no hacer, aún cuando continúe con enfado.

- *Miedo a lo desconocido*: en general los profesionales de socorro y emergencia hemos sido instruidos para seguir unos determinados procedimientos y protocolos, pero en general pocos profesionales de este ámbito conocemos como abordar el problema de comunicar malas noticias.

A comunicar malas noticias podemos aprender.

- *Miedo por empatía*: a veces podemos sentirnos incómodos en el momento de comunicar una mala noticia debido a la emoción que presenta el receptor. Si bien es cierto que un grado de empatía va a facilitar nuestra labor, no podemos olvidar que:

La mala noticia no es sobre nosotros sino del receptor y nosotros somos los profesionales en ese momento.

- *Miedo a decir no lo sé*: parece que cuando tenemos que responder “no lo sé” nos desvalorizamos profesionalmente, sin embargo:

La honestidad mostrada por los profesionales aumenta la credibilidad de la información facilitada por éste.

3. Procedimiento para comunicar malas noticias

A continuación se mostrará una adaptación del procedimiento desarrollado por Buckman³ en el que se describe un modelo de comunicación de malas noticias dinámico. Su aplicación no lleva mucho tiempo y a medida que el profesional va tomando experiencia, aprende cuáles son los pasos que debemos seguir y cuáles podemos omitir.

3.1. Etapa 1: Preparándonos para empezar

El primer aspecto a tener en cuenta, es el espacio donde se va a desarrollar la comunicación de la mala noticia. Según diversos auto-

res el entorno ideal está definido por una habitación cómoda, segura y tranquila en la que haya privacidad y permanezcamos ausentes de cualquier distracción.

Efectivamente, este es el espacio idóneo para comunicar malas noticias, pero ¿Podemos contar habitualmente con un espacio de estas características? No siempre es así, pero sí es importante que procuremos mantener un espacio lo más confortable (si es posible, se debe ofrecer pañuelos, agua, silla, manta, ...) y seguro (controlando los elementos potencialmente peligrosos como ventanas, armas...) para el receptor de la noticia, en el que se sienta lo más cómodo posible (si existe la posibilidad invitarle a que se siente) y en el que la expresión de emociones no sea muy embarazosa.

Dentro de esta fase de preparación conviene identificar a los receptores a quienes se les va a comunicar la noticia. Si en el ambiente hay una o más personas podemos preguntar quién o quienes son y cuál es el parentesco o relación. Una forma sencilla es preguntar: ¿Cómo está compuesto el grupo familiar? Si las personas que están no muestran intenciones de retirarse, puede preguntar a quién dirigirse para informar de la evolución de la persona. Debido a la información que el familiar o amigo va a recibir se sugiere, si este lo desea, que esté acompañado, ya que tal y como indica Barranquero⁴ se facilitará la comunicación y apoyo entre los allegados.

Generalmente, el emisor de la comunicación de la mala noticia o fallecimiento será el equipo médico, designando un vocal, que ha atendido al paciente, explicándole al familiar/es o amigo/s lo sucedido.

La conducta del profesional es vital para permitirle al paciente sentirse valorado y respetado. Por ello es primordial que desde la cortesía y amabilidad, saludemos y nos presentemos adecuadamente.

Mario: (Tras realizar la intervención oportuna con el paciente y dirigiéndose a Aurora y a Eduardo, vecino de Aurora que junto con su mujer, Nuria, estaban en las fiestas del pueblo y viendo lo sucedido permanecen con Aurora y sus hijos). “Hola, me llamo Mario, soy médico. ¿Podrían indicarme el grado de parentesco con el paciente?”.

Aurora: Hola, soy la mujer de Guillermo y él es mi vecino, y allí están (rompe a llorar) mis 3 hijos. (Entre llantos), “¡Por favor cuando van a sacar a mi marido de la ambulancia!, ¿ya está bien?, ¿qué están haciendo?”.

Mario: (Invitando con la mirada a Aurora a apartarse de la atracción de la feria donde Guillermo se desplomó). “Aurora ¿qué le parece si nos ubicamos en un espacio más tranquilo, apartados de la gente, y le voy informo de la evolución de Guillermo?”.

Aurora: (Asiente con la cabeza). “Bueno, pero antes voy a decirle a Nuria (vecina de Aurora que desde la llegada de la ambulancia permanece con los 3 hijos de Aurora y Guillermo) que me acompañe y que Eduardo (marido de Nuria) se quede con los niños”.

Mario: (Asintiendo con la cabeza). “Muy bien Aurora. Yo te espero aquí”.

3.2. Etapa 2: Descubriendo qué sabe el familiar o amigo

Este paso está orientado a obtener una impresión de cuánto sabe el receptor de la noticia a comunicar. Para ello se sugiere que preste mucha atención a tres aspectos centrales:

3.2.1. Grado de comprensión de la situación médica del paciente

Es posible que el familiar o amigo manifieste no haber entendido nada de la situación que se le explica. Este hecho puede responder por un lado a un mecanismo de negación que es adaptativo y que en ningún caso debemos luchar contra él, y por otro lado, a una forma de asegurarse de la información que previamente ha podido recibir.

En cualquier caso, es importante señalar que tras pronunciar determinadas palabras como “fallecimiento” o “atropello” el familiar o amigo puede olvidar hasta el 40% de la información recibida posteriormente y más, si han sido malas noticias. Así, se sugiere evitar el uso de palabras con contenido negativo como dolor, angustia, sufrimiento...

No debemos luchar contra la negación del familiar o amigo al recibir la noticia, ya que en un primer momento es un mecanismo adaptativo, es decir que le resulta de ayuda para “digerir” la situación.

3.2.2. Características culturales del paciente

Se sugiere que se preste especial atención al vocabulario que el familiar o amigo utiliza. Ya que en función de éste debemos ajustar nuestra comunicación al nivel pertinente. Así que es importante recordar que para llegar a una comunicación eficaz debemos tener en cuenta que cada persona es distinta a todos los niveles, por lo que:

Es necesario individualizar la comunicación de malas noticias, evitando usar tecnicismos sino tenemos la seguridad que nos van a entender.

3.2.3. Contenidos emocionales de las palabras del familiar o amigo

Aquí debemos distinguir dos fuentes:

- a) Verbal: tratemos de evaluar la implicación emocional de las palabras que emplea el familiar o amigo y los aspectos de los que prefiere no quiere hablar.
- b) No verbal: es un proceso continuo que puede reafirmar o contradecir la comunicación verbal. Se entiende por ella a las posturas, las distancias, el contacto físico, los movimientos del cuerpo, la expresión facial, el comportamiento visual, la voz, el uso del tiempo o la presencia física. Es imprescindible identificar el idioma no verbal, ya que es una habilidad esencial para detectar y comprender los sentimientos del familiar o amigo que recibe la mala noticia.

3.3. Etapa 3: Reconociendo qué y cuánto quiere saber el familiar o amigo

Se trata de definir a qué nivel quiere saber qué es lo que está pasando. Podremos identificar con claridad qué es prioritario para la óptica del paciente. Ya que en ocasiones existe discordancia entre lo que nosotros queremos decir y aquello que el familiar o amigo quiere o necesita saber en ese momento.

A modo de ejemplo presentaremos una situación que ilustra lo anteriormente expuesto, así como la importancia de observar la comunicación no verbal.

Mario: Explica detalladamente a Aurora (que no muestra mucha atención a las palabras de Mario) la situación médica en la evolución médica de Guillermo desde que llegó la ambulancia.

Mario: (Observa la comunicación no verbal de Aurora, mirándole fijamente mientras se aproxima físicamente e intenta cortar su explicación). “Dime Aurora, ¿quieres decirme algo?”.

Aurora: (mirándole fijamente). “¿Ya está bien Guillermo?”.

Preguntar a un familiar o amigo qué información desea conocer es algo absolutamente inocuo y le da la oportunidad de ejercer su preferencia. De este modo, se sugiere no dar demasiada información en el primer encuentro con el fin de ir conociendo las particularidades de la situación y el deseo del familiar en ese momento sobre la información que desea recibir. En cualquier caso, si el familiar expresa el deseo de no conocer determinada información, debemos dejar la puerta abierta por si más adelante lo demanda.

3.4. Etapa 4: Compartiendo la información

Si el familiar o amigo nos indicó que su preferencia es conocer la información y consideramos que por su nivel físico, psicológico y emocional está en condiciones, adelante, porque estamos actuando de acuerdo a su voluntad.

*La información debe tener un contenido muy claro
y debemos estar totalmente seguros de la información
que vamos a comunicar.*

Si el familiar nos indica que su preferencia es no saber los detalles de la circunstancia médica del paciente entonces nos detendremos exclusivamente en exponer la estrategia terapéutica y los planes que se han de seguir.

En cualquiera de las dos circunstancias es importante tener en cuenta la siguiente regla básica:

*El familiar o amigo tiene derecho a expresarse de la manera
que considere mejor (gritando, llorando, en silencio...)
dentro del marco de las conductas socialmente aceptadas.*

Como bien es sabido por nosotros, la información médica es difícil de entender y digerir, particularmente cuando se trata de malas noticias. Por ello se sugiere que:

- Clarifiquemos la información que facilitamos.
- Comprobemos el grado de comprensión del familiar o amigo.
- Permitamos se interrumpidos.
- Utilicemos un mensaje descriptivo-narrativo del estado del paciente o de lo sucedido (accidente, medidas de reanimación, situación actual...), ya que este lenguaje permitirá a los familiares o amigos adaptarse a la nueva realidad.
- “Dosifiquemos” la información en varios momentos, si el familiar o amigo presenta rechazo a la posibilidad del desenlace fatal.
- Intentemos mantener una coherencia entre nuestro lenguaje verbal (lo que decimos) y el lenguaje no verbal (postura, tono de voz...).
- Facilitemos que el paciente o su familiar pregunte todo lo que desee, adaptando la información en cantidad y cualidad a las emociones del paciente.

3.5. Etapa 5: Respondiendo a las reacciones del familiar

Como se detallará en el siguiente apartado de este capítulo, las reacciones del familiar tras recibir una mala noticia pueden ser muy diversas. Pero independientemente de esta diversidad debemos tener en cuenta tres puntos básicos:

3.5.1. La reacción del paciente o familiar ¿es socialmente aceptable?

La sociedad es de algún modo un grupo de leyes y normas a través de las cuales un grupo de personas se identifica, se reconoce y contiene a sus miembros. Por ejemplo: llorar es una reacción socialmente aceptada, pero correr descontroladamente por el hospital no lo es. Frente a una reacción no aceptable (romper cosas, amenazar al personal) es imprescindible que mantengamos la calma y solicitemos, previamente informando al familiar que entendemos su dolor, la interrupción de esa conducta.

En general, si uno logra mantenerse en calma, la reacción pierde el impacto inicial y suele auto-limitarse. Si esta conducta persiste y supone un riesgo para el familiar o para los profesionales será necesario valorar otras alternativas.

Aurora: (tras preguntar si Guillermo ya se encontraba bien) Comienza a golpearse fuertemente la cabeza con su propio bolso, mientras grita: “¡No me digas que le ha pasado algo!, ¡por favor dime que le has ayudado, que está bien!

Mario: (mirando fijamente a Aurora y con un tono suave pero firme de voz). “Aurora entiendo que este momento es muy difícil para ti pero no puedes volver a golpearte la cabeza”.

3.5.2. ¿La reacción es de adaptación para el familiar o amigo?

Es conveniente que valoremos si la reacción está ayudando a aliviar o a sobrellevar el problema (como no querer hablar, llorar, gritar, no entender nada) o no está ayudando a sobrellevar la situación, incluso puede derivar en otro problema, como autoagredirse.

En función de esta valoración procederemos en el primer supuesto, respetando y acompañando al familiar o amigo, y en el segundo limitando la continuidad de la conducta.

3.5.3. *¿La reacción del paciente o familiar es modificable?*

Si la reacción está aumentando la ansiedad o perjudicando al estado general del familiar o amigo, es pertinente que nos preguntemos si existe alguna intervención que pueda ayudar. Frente a este panorama existen tres puntos a valorar:

- a) El familiar o amigo sabe que su reacción puede ser perjudicial para él mismo o el entorno.
- b) El paciente, con ayuda, está dispuesto a modificar su respuesta.
- c) Existen posibilidades de negociación con el paciente para lograr el cambio.

Si tras la valoración encontramos una negativa en los tres puntos, la reacción no es modificable, por eso es conveniente que nos limitemos sólo a acompañar y apoyar al familiar o amigo.

3.6. *Etapas 6: Planes a corto plazo tras recibir la mala noticia*

En este punto de la comunicación nuestra labor será ofrecer una guía demostrando que nos encontramos al lado del familiar. Para ello se propone:

1. Aceptar las opiniones y los puntos de vista del familiar o amigo.
2. Reducir la posible incertidumbre.
3. Desarrollar explicaciones comprensibles que el familiar o amigo pueda recordar.
4. Mantener el silencio, si es lo que el familiar o amigo necesita en ese momento.
5. Evitar juzgar o dar consejos.
6. Responder a todas las preguntas según el familiar o amigo lo vaya preguntando.
7. Mantener la sinceridad.

8. Informar exclusivamente de lo que estamos seguros y en el supuesto de no contar con la información suficiente utilizar frases como “no tengo esa información”, “no estoy seguro”, “sin unas pruebas concretas no puedo darle esa información”.
9. Garantizar que se ha hecho todo lo posible.
10. Clarificar los pasos a seguir.

4. Etapas por las que pasa una persona tras recibir una mala noticia

4.1. Posibles respuestas inmediatas tras conocer la comunicación de una mala noticia.

¿Cómo podrá reaccionar Aurora cuando la informen que su marido, Guillermo, ha fallecido?

¿Debemos esperar que muestre una reacción concreta?

Tras recibir la comunicación de un fallecimiento se pueden presentar diversas respuestas, que se engloban dentro de lo que se ha llamado primera fase del proceso de duelo. Las fases que se describen a continuación no sólo están presentes tras el fallecimiento de un ser querido, sino que de manera general se presentan, con las particularidades concretas de cada caso, tras recibir la comunicación de una mala noticia.

Este primer momento, que puede durar desde días a meses, se caracteriza por sentimientos derivados de la negación, la incredulidad, el rechazo y el autorreproche. De este modo, la persona puede presentar:

- Sorpresa, incredulidad, negación.
- Bloqueo psicológico.
- Somatizaciones.
- Llanto fácil.
- Profunda soledad.
- Deseo de morir.
- Sensación de vacío.

- Pensamientos sobre si vale la pena vivir.
- Pérdida de control.
- Dificultades de concentración.
- Irritabilidad.
- Agitación psicomotriz, diarreas, palpitaciones.

Mario: (Con tono firme y pausado, manteniendo el contacto ocular con Aurora). “Aurora, hemos intentado llevar a cabo diversas opciones para reanimar a Guillermo, pero esto no ha sido posible. Aurora, Guillermo ha fallecido, hemos hecho todo lo posible pero Guillermo no ha respondido a ninguna de las alternativas posibles”.

Aurora: “No puede ser, es imposible, Guillermo estaba muy sano, Dios mío pero, ¿qué es lo que ha pasado?, ¡No puede ser lo que estoy escuchando!, creo que usted se está equivocando, no tiene ni idea de lo que dice, mi marido está muy sano y no puede morirse aquí delante de los niños (comienza a llorar y se abraza a su vecina), mis hijos ¡madre mía, los niños! ¡Por favor! ayúdeme, esto no puede ser verdad (permanece agarrada al brazo de su vecina). Dígame, ¿Qué es lo que le ha ocurrido?, si sólo decía que le dolía un poco el estómago”.

Mario: (acercándose a Aurora y con tono suave), “Aurora entiendo cómo te encuentras pero yo no puedo responderte a esa pregunta. No te puedo confirmar lo que le ha ocurrido a Guillermo”.

Aurora: “Pero ¿es que estaba mal del corazón o algo y no lo sabíamos?”.

Mario: “Aurora eso no te lo puedo confirmar, si te puedo garantizar que hemos hecho todo lo posible, lo que estaba en nuestras manos, pero no sabemos qué le ha ocurrido para llegar a ésta situación”.

Aurora: “¿Y ahora que tengo que hacer?”.

Mario (con tono firme, mientras apoya su mano en el hombro de Aurora): “Ahora te explico detenidamente lo que vamos a hacer”.

Tras esta fase, pasadas unas semanas o incluso meses, se pueden presentar otras respuestas correspondientes a otras fases, que en este capítulo sólo vamos a exponer de forma esquemática, ya que no corresponden directamente al momento inmediato tras recibir una mala noticia.

La segunda de estas fases se caracteriza por la ira, rabia, depresión y dolor. Generalmente aparece varias semanas después del fallecimiento, durando varios meses e incluso puede superar el año. Esta fase se caracteriza por la “lucha” entre la realidad ocurrida y el deseo de que no hubiese sido así. Pueden aparecer sentimientos de culpa, crisis de rabia, manifestación constante de descontento, dudas reiterativas: “si hubiera hecho, si no hubiera hecho, si el médico...”

Hacia el segundo año del fallecimiento, suele aparecer la tercera fase, que se caracteriza por la adaptación a la nueva situación. La persona comienza la aceptación de la realidad y empieza a organizar y planear ocupaciones y actividades abandonadas e incluso puede reorganizar su vida con nuevas actividades, amistades, etc.

Como señalaremos más adelante cada uno de nosotros reacciona ante la comunicación de una mala noticia de forma diferente y según múltiples factores. Por ello varía la forma de la respuesta y su intensidad. Por lo tanto las respuestas así como las fases descritas anteriormente son una generalidad que pueden presentarse de forma simultánea, predominar una sobre otra y algunas pueden persistir por un tiempo más prolongado del indicado. De este modo es importante que recordemos que:

El receptor de la mala noticia puede mostrar diversas respuestas (llanto, enfado, incredulidad ...) ante la comunicación de la mala noticia y todas ellas son igual de válidas y legítimas. Nuestra labor nunca será juzgarlas, porque cada receptor responderá únicamente como pueda hacerlo.

4.2. Variables matizadoras de la reacción ante la comunicación de una mala noticia

¿Qué aspectos van a influir en la reacción de Aurora cuando la informen que ha fallecido su marido?

Cada uno de nosotros reacciona ante la comunicación de una mala noticia de forma diferente, incluso en ocasiones podemos reaccionar de forma diferente a como lo hicimos en otro momento. Sin embargo existen unas tendencias generales que están presentes en todas las personas cuando recibimos una mala noticia. Lo que va a hacer que varíen estas reacciones será la forma específica de presentarse y la intensidad, que está en función de diversas variables.

Montoya⁵ enuncia las siguientes variables matizadoras de la reacción tras la comunicación de una mala noticia:

- Historia familiar del receptor de la noticia y ambiente socio-familiar.
- Edad, sexo y estado civil.
- Conocimiento, actitudes, creencias y percepción de la muerte y de sus consecuencias
- Reacción del entorno socio-familiar del receptor.
- Personalidad y estrategias de afrontamiento de receptor.
- Antecedentes psiquiátricos del receptor, incluyendo abuso de alcohol o drogas.
- Características del fallecimiento.
- Nivel socioeconómico del receptor.
- Grado de religiosidad del receptor.
- Cómo se comunica la noticia.
- Quién comunica la noticia.

5. Habilidades de los profesionales de socorro y emergencias necesarias para la comunicación de malas noticias

5.1. Habilidades sociales y de comunicación

Las habilidades sociales y de comunicación necesarias en la comunicación de malas noticias vienen a ser las mismas que en la comunicación a nivel más general, las cuales ya han sido expuestas en otros capítulos de este libro, por eso sólo a modo de recuerdo se presenta el siguiente decálogo.

Decálogo sobre habilidades en la comunicación de malas noticias.

1. El silencio puede ser una herramienta de información, ya que en ocasiones reafirma al familiar o amigo en la reflexión que nos plantea, y en este sentido le puede informar. Siempre que se trate de una reflexión y no de una pregunta, en la que tendríamos que responder, al menos con “desconozco esa información”.

Aurora: “Yo creo que mi marido debía tener algún problema médico y no lo sabíamos”.

Mario: Silencio.

2. El silencio también puede ser “un silencio que apoye”, en especial en las situaciones muy emotivas en las que posiblemente no tengamos nada que decir y lo más adecuado puede ser el silencio acompañado de una mirada al familiar o amigo, haciéndole entender que estamos ahí y que cuenta con nuestro apoyo.

Aurora (girando la cabeza de un lado a otro, mostrando duda, y llorando, mientras mira a Mario).

Mario (permanece en silencio y mirando fijamente a Aurora, mostrándole su deseo de ayuda).

3. La empatía como capacidad de ponerse en el lugar del otro y reflejar esta comprensión al otro.

4. La empatía no está reñida con la eficacia en el trabajo, así se puede afirmar que una actitud empática hacia los pacientes nos aporta sobre todo satisfacciones profesionales y por tanto disminuyen nuestro sufrimiento.

5. La empatía es un concepto diferente a simpatía, ya que la empatía supone “echar una cuerda al que se está ahogando”, y la simpatía sería “tirarse al agua y ahogarse con él”.

6. La escucha activa supone no sólo oír sino también escuchar. Para ello es necesario comprender el mensaje del familiar o amigo y mostrarle que le estamos comprendiendo.

7. Para llevar a cabo una escucha activa, se sugiere: no interrumpir, esperar a que el familiar o amigo acabe de hablar antes de que el profesional empiece a hablar y mantener silencios, en el supuesto de que la situación lo requiera.

8. La escucha activa va a suponer que el familiar o amigo sienta que nos importa lo que ocurre, de este modo aumentará su confianza en nosotros y su motivación para continuar con la comunicación.

9. Es imprescindible que en la comunicación de malas noticias nos mostremos asertivos, transmitiendo al familiar o amigo seguridad en lo que hacemos y que podamos respetar sus opiniones.

10. Para ser asertivo no basta con saber qué debemos hacer, sino que además el familiar o amigo debe percibirnos como profesionales seguros de nosotros mismos.

11. Incluso en situaciones de incertidumbre debemos transmitir seguridad y que nuestras opiniones estén fundamentadas.

5.2. Habilidades psicológicas

Aquellas profesiones que conllevan que interaccionemos con personas requieren, además de las habilidades técnicas, que hacen referencia a los conocimientos técnicos propios de la profesión que desempeñamos, y de las habilidades sociales y de comunicación citadas anteriormente, determinadas habilidades psicológicas imprescindibles para una tarea eficaz. Estas habilidades psicológicas abordadas a lo largo del presente libro, hacen referencia a: manejo del dolor, control de estrés, estabilidad y vulnerabilidad psicológica del profesional, identificación de nuestros propios límites y autocontrol emocional.

En la medida en que estas habilidades no estén presentes en los profesionales, podemos encontrarnos según Muñoz ⁶ con actitudes disfuncionales en la comunicación de malas noticias y fallecimientos dentro de los profesionales de socorro y emergencia, tales como:

- Huida.
- Angustia.
- Ideas de referencia.
- Ansiedad.
- Distanciamiento.
- Deshumanización.
- Derivación precoz a otros profesionales o equipos.
- Abordaje multiasistencial / multicomponente no procedente.

Las habilidades psicológicas del personal de socorro y emergencia tienen un papel igual de importante en la comunicación de malas noticias y fallecimientos que las habilidades técnicas y habilidades sociales y de comunicación.

Por lo tanto es importante que cuidemos nuestro estado emocional, físico y cognitivo.

6. Aspectos específicos en la comunicación de malas noticias en menores y otras poblaciones

6.1. Menores

Es posible que a cada uno de nosotros nos haya asustado en algún momento comunicar malas noticias y fallecimientos a un adulto, por múltiples razones que ya se han expuesto al comienzo de este capítulo. Pero ¿Qué ocurre cuando se trata de un menor? En general podemos afirmar que cuando fallece un ser querido o sufre alguna circunstancia que implica comunicárselo a un menor, ni los padres, ni otros familiares o amigos saben qué hacer o decir para que los niños puedan comprender lo ocurrido. Sin duda es una situación

compleja, pero que al igual que con los adultos, con menores podemos aprender.

Para ello es imprescindible que manejemos, al menos, determinadas cuestiones que Montoya⁷ enuncia y que detallamos a continuación:

6.1.1. ¿Cómo puedo comunicar a los niños malas noticias y fallecimientos?

Primeramente debemos valorar si el menor está en condiciones de poder recibir la noticia, o sería conveniente esperar a que lleguen otros familiares. En el supuesto de que estén presentes otros familiares que conozcan ya la noticia, se sugiere que sean éstos, siempre que estén en condiciones de hacerlo, los que le comuniquen al menor lo ocurrido.

Aurora (dirigiéndose a Mario, mientras intenta buscar con la mirada a sus hijos): “¡Madre mía! y ahora ¿qué les voy yo a contar a mis hijos?, si no me lo creo ni yo, tendré que inventarme cualquier historia...”.

Mario (dirigiéndose a Aurora): “Entiendo Aurora que es una situación muy dolorosa para ti, pero a mí me parece que le puedes contar lo que ha sucedido sin tenerte que inventar una historia”.

Aurora (se muestra agitada): “Imposible, no sé como decirles que ha fallecido, ¡son muy pequeños!”.

Mario: “Bueno, a lo mejor no se lo tienes que decir en este mismo momento, concédete unos minutos para pensar qué y cómo puedes decírselo”. (Apoya su mano sobre el hombro de Aurora).

A la hora de comunicar la muerte de un ser querido a los niños, es importante que tengamos especialmente en cuenta las características que debe reunir cualquier tipo de comunicación relacionada con fallecimientos:

1. Hacerlo con serenidad, dulzura y afecto.
2. Usar palabras sencillas.
3. Dedicar todo el tiempo que el niño requiera para esta comunicación y para asimilar sus consecuencias según sus directrices.
4. Estar dispuesto a repetir muchas veces lo mismo.
5. No añadir preguntas o comentarios que no se han hecho.

Para ello se sugiere, como ya se ha citado con anterioridad que en la medida de lo posible busquemos un lugar lo más tranquilo y confortable posible. Recordemos que la información en la comunicación de malas noticias debe ser clara y sencilla, y con esta población en concentro deben evitarse los eufemismos, del tipo “pérdida”, “se fue”, “se lo han llevado”, “ha pasado a mejor vida”, “se ha marchado de viaje” que puedan posteriormente estimular posibles miedos de los niños a ser abandonados o crear confusión y ansiedad.

6.1.2. ¿Cómo se les puede explicar qué es la muerte?

En función de la edad del menor la cuestión de entender la muerte es diferente, ya que los estudiosos del tema señalan que hasta los 12 años el concepto de muerte del niño no es igual que el concepto que los adultos tenemos. En algunas ocasiones los menores pueden hacernos preguntas desconcertantes como: “Vale, se le ha parado el corazón, pero ¿cuándo va a volver?” o “A lo mejor papá se enfadó conmigo ayer por no hacer los deberes y por eso se ha muerto”. En general estas cuestiones responden al concepto de muerte del niño en su momento evolutivo, así el menor podrá tener dificultades para entender que la muerte es un fenómeno irreversible y que su papá no va a volver o que el fallecimiento de su papá no está relacionado con sus acciones. En cualquier caso e independientemente de la edad del menor debemos explicar lo que ha ocurrido con palabras sencillas, repitiendo la información las veces que sean necesarias, sin mentiras y teniendo en cuenta que aunque no del mismo modo que nosotros pero el niño entenderá lo sucedido con sus propias palabras y según su momento evolutivo.

Ante la pregunta “¿Qué significa o qué quiere decir muerto?”, explíqueles de nuevo, con palabras sencillas y sinceras, y recordando que los niños piensan de forma muy concreta y tienden a interpretar las cosas literalmente, que “muerto” significa que: “El cuerpo se ha detenido del todo”, “El cuerpo ha dejado de funcionar”, “El cuerpo ya no puede hacer nada de lo que antes hacía”, “El cuerpo ya no puede sentir dolor, caminar, respirar, comer, dormir, hablar, oír o sentir frío o calor”, “El cuerpo ya no sentirá nada nunca más”.

De igual forma, al explicar la muerte a los niños es importante que esta explicación se dé en términos sencillos y reales, sin mentiras o invenciones. Por lo tanto se sugiere que no dudemos en usar las palabras “muerto” y “muerte”. Según Kroen⁸ los múltiples “muy” pueden ayudar al menor a distinguir el fallecimiento del ser querido, de otros momentos en los que estaba “muy enfermo”.

Una comunicación sincera, cercana y adaptada al nivel del menor siempre será eficaz.

Aurora: “Mario, creo que les tengo que contar algo de lo que ha ocurrido, pero yo no soy capaz, ¿por qué no se lo dices tú?”.

Mario: (Con tono firme). “Si quieres yo te puedo ayudar, pero posiblemente ellos se encuentren más cómodos contigo, si quieres pensamos que les puedes decir”.

Aurora: “No puede ser verdad, ¡esto es horrible, como una pesadilla! Bueno como están con mi vecina puedo decírselo con ella, pero ¿qué les digo?, ¿qué se ha muerto?, ¡que desgracia!”.

Mario: “Por ejemplo, puedes sentarte con ellos, abrazarles y decirles: ha ocurrido algo muy triste. Papá ha muerto, se ha puesto muy, muy, muy, muy, muy mal del corazón y su cuerpo ha dejado de funcionar. Nadie tiene la culpa de que haya muerto. Lo vamos a extrañar mucho porque lo queríamos, y él nos quería a nosotros”.

Aurora: “Vale, pero ¿si me vuelven a preguntar?”.

Mario: “Posiblemente lo hagan, pero tu puedes volver a explicárselo las veces que necesiten”.

Aurora: “Gracias Mario, creo que antes de hacer nada más iremos a casa los cuatro y se lo diré”.

6.1.3. ¿Qué puedo decir cuando pregunten por qué?

Ante esta pregunta, es bueno admitir que usted también se ha preguntado lo mismo. Si no sabemos la respuesta, se lo podemos decir al menor. Podemos explicarle, según las creencias personales de cada uno, que todos los seres de la tierra han de morir algún día, que la muerte le ocurre a todo el mundo, que hay cosas que podemos controlar y otras que no, y que la muerte es una de las que no podemos controlar. Es muy importante hacer énfasis en que nada de lo que ellos hayan dicho, hecho o pensado ha causado la muerte del ser querido.

6.1.4. ¿Se debe ocultar la pena a los niños?

Llorar delante de los niños es apropiado, normal y saludable, pues les estamos enseñando que es bueno llorar y compartir el llanto, que con el llanto uno transmite su situación de dolor y la necesidad de ayuda y apoyo, y que llorar es la válvula natural para descargar el dolor y la angustia.

Si no lloramos delante de los niños, si fingimos no inmutarnos y negar nuestros sentimientos (“yo no lloro delante de mis hijos para no angustiarlos...”), les estaríamos enseñando que se deben ocultar para llorar, que deben arreglárselas solos, que deben hacer/aprender otras cosas para transmitir su dolor y angustia y que llorar es signo de debilidad. Si como adultos exteriorizamos nuestro dolor delante de los niños, los niños verán que es normal afligirse y, en ocasiones, esto les dará la oportunidad de expresarse ellos mismos.

Además, resulta casi imposible ocultar por completo los sentimientos a los niños ya que, los niños son muy observadores, y si algo va mal, normalmente lo perciben. Añadido esto, si ocultamos determina-

dos sentimientos y el niño observa mediante la comunicación no verbal mensajes del tipo: cambios del tono de voz, ausencias, negativas a una explicación coherente, incoherencias... el menor puede encontrarse más indefenso y estimular sus fantasías sobre lo que ha ocurrido.

Ocultar un fallecimiento a un menor no le protege del dolor, sino que puede hacerle sentir más ansioso y sólo.

6.2. Personas mayores

En general las pautas para comunicar malas noticias y fallecimientos a personas mayores son las citadas ya hasta el momento para adultos, no obstante a continuación se señalan determinadas sugerencias específicas para esta población.

- Podemos encontrar respuestas menos intensas, como menor incredulidad o menor tristeza, tras comunicarle malas noticias y fallecimientos, esto no quiere decir que no les duela lo ocurrido, sino que su respuesta emocional puede ser menor.
- Recordemos que la expresión emocional, como llorar, tras recibir una mala noticia y fallecimientos es natural y muy sana, por lo tanto se sugiere no interrumpir esta respuesta en personas mayores porque es un derecho que también ellos tienen.
- Ajustaremos el tono de voz y otros aspectos de la comunicación exclusivamente en aquellas ocasiones en las que sea necesario porque existan determinadas deficiencias. Si no es el caso, debe evitarse cualquier conducta no adecuada a la realidad del mayor, como hablar alto si la persona no presenta una dificultad auditiva.
- Nos mostraremos tranquilos y pacientes, concediéndoles el espacio de tiempo necesario para que reflexionen y nos pregunten lo que consideren sobre la información recibida.
- En la comunicación de malas noticias y fallecimientos a personas mayores es necesario que prestemos especial atención a las quejas y dolores físicos que puedan presentar inmediatamente, porque en ocasiones puede ser su forma de expresión.

Recuerda

- A comunicar malas noticias se aprende.
- Aprender a comunicar malas noticias tiene beneficios tanto para el emisor como para el receptor de la noticia.
- Nuestro objetivo al comunicar malas noticias no debe ser eliminar el dolor del receptor.
- En algún momento será necesario contestar con un “no lo sé” al receptor de la noticia. Esto no desvalorizará nuestra profesionalidad, sino que aumentará la confianza del receptor en nosotros.
- La comunicación de malas noticias no debiera ser improvisada, sino que se sugiere que se cuiden cada uno de los factores que intervienen, incluso el espacio físico donde se desarrolla la comunicación.
- La información transmitida en la comunicación de malas noticias debe ser clara y evitando tecnicismos.
- Cada receptor es diferente y por eso es necesario individualizar cada comunicación según las características de cada familiar o amigo.
- El receptor tiene derecho a expresarse como mejor pueda en ese momento (llorando, gritando, en silencio), por eso todas las respuestas que no pongan en peligro la integridad física o mental de familiar o amigo son legítimas.
- La comunicación de malas noticias con menores se sugiere que sea sincera y cercana al menor, adaptada siempre a su nivel.

No podemos quitar el dolor que implica recibir una mala noticia pero sí podemos mitigarlo en la medida que desde nuestra profesionalidad potenciemos las habilidades de comunicación y psicológicas necesarias en estos momentos.

Para complementar

- Andreu, C. (1992). "Información clínica al paciente". *Revista Clínica y Salud*, 3, 35-42.
- Barreto, P., Bayés, R. (1990). "El psicólogo ante el enfermo en situación terminal". *Anales de Psicología*, 6, 169-80.
- Buil, P., Bosch, J.M., y Borrel, F. (1986). "Comunicación interpersonal con los pacientes cancerosos terminales". *Atención Primaria*, 3, 307-10.
- De la Herran, A., et al. (2000). "¿Todos los caracoles se mueren siempre? Cómo tratar la muerte en educación infantil". Madrid: Ediciones de la Torre.
- Die Trill, M. (1987). "Niños y adolescentes con cáncer y aspectos psicológicos". *Revista Jano*, 23, 35-41.
- Gómez, M. (1998). *Cómo dar las malas noticias en medicina*. Madrid: Arán.
- Lozano, A., Borrell, R. (1997). "Atención en situación de agonía". *Revista Jano*, 52, 59-61.
- Montoya-Carraquilla, J. (1993). "Respuestas a la noticia de muerte". *Anales de Medicina Interna*, 10, 461-4.
- Tizón, J. (2004). *Pérdida, pena, Duelo*. Barcelona: Paidós.
- Worden, J.W. (1997). *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.
- Guía Clínica sobre Duelo. <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Duelo.pdf>
- Sobre el Cómo Ayudarnos y Ayudar a Otros a Enfrentar la Muerte de un Ser Querido. <http://www.homestead.com/montedeoya/duelos.html>
- ¿Cómo comunicar malas noticias a nuestros pacientes y no morir en el intento? <http://www.sac.org.ar/rac/2003/v3/car3-6.pdf>

Referencias bibliográficas

1. Gómez-Batiste, X., Novellas, A., Alburquerque, E., y Schroder, M. (1997). "Información y comunicación en enfermos con cáncer avanzado y terminal. Cuidados Paliativos en Atención Primaria". *Jano, Medicina y Humanidades*, 52, 66-71.
2. Barreto, P., y Soler, M.C. (2007). "Tratamiento I: Guía para el Terapeuta". En P. Barreto y M.C. Soler, *Muerte y Duelo* (pp. 89-164). Madrid: Síntesis.
3. Buckman, R., Kanson, Y. (1992). "Breaking bad news: a six-step protocol". En: R. Buckman (Ed.), *How to break bad news: a guide for health care professionals* (pp. 65-97). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
4. Barranquero, M, y Apellaniz, A. (1995). "Ética en grupos vulnerables". *Informaciones Psiquiátricas*, 6, 140-271.
5. Montoya, J. (2001). *Guía para el Duelo*. Medellín: Funeraria San Vicente.
6. Muñoz, F.A., Fernández, S., Parada, E., Martínez de Aramayona, M.J., López, A., y García, A. (2001). "Comunicación de malas noticias". *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna*, 28, 350-356.
7. Montoya, J. (1999). *El niño y la muerte: ¿Qué hacer cuando la muerte ocurre en la familia y tenemos niños pequeños? Ayudando a los niños a enfrentar la muerte de un ser querido*. Medellín: Funeraria San Vicente.
8. Kroen, W. (1996). "Respuestas rápidas a preguntas comunes". En W. C. Kroen, *Cómo ayudar a los niños a afrontar la pérdida de un ser querido* (pp. 17-22). Barcelona: Paidós Ibérica.

9

Gestión de emergencias por intento de suicidio

M^a Patricia Acinas Acinas

Fernando A. Muñoz Prieto

Los objetivos de este capítulo son:

- Diferenciar las distintas manifestaciones de la conducta suicida.
- Concienciar de la importancia de una actuación precoz ante indicios de conducta suicida.
- Adquirir habilidades prácticas para intervenir con suicidas.
- Desarrollar estrategias de comunicación eficaces con familiares, amigos y otras personas que puedan verse influenciadas / implicadas en un intento de suicidio.

Aitor está subido en una cornisa en un edificio de 10 plantas, dispuesto a tirarse. La escalera del camión de bomberos no llega, no es suficiente para acceder donde está Aitor.

Un bombero experimentado sube a la planta donde se encuentra Aitor, mientras el resto de la dotación intenta acceder desde la calle con la escalera y prepara material por si Aitor decidiera tirarse súbitamente.

Hay mucha gente que está presenciando lo ocurrido (incluidos niños), porque se trata de una hora en la que esa zona de la ciudad está muy concurrida. No ha llegado personal sanitario y se estima su llegada en 25 minutos. La primera medida es solicitar la presencia de la policía para acordonar la zona y evitar la presencia / influencia no controlada de espectadores.

Cuando se escucha la palabra suicidio sentimos que el alma se nos encoge. Los medios de comunicación recogen noticias trágicas de personas que cometieron delitos y como colofón del proceso se suicidaron (como arrepentimiento o como manera de culminar el hecho delictivo). Esta conducta se asocia con personas peligrosas, con problemas mentales... La realidad del suicidio es un tanto diferente: los suicidios por motivos pasionales o por arrebatos o impulsividad representan una mínima parte de los suicidios que se producen.

Ya no se cometen suicidios para “limpiar el honor”, pero han surgido otras realidades: suicidio por bullying (acoso escolar), por pérdida de ideales de vida o suicidios colectivos con componentes de secta que anuncia la salvación del mundo, o suicidios con tintes socioafectivos de adolescentes que han perdido la ilusión por vivir en un mundo que no entienden.

El manejo de los personas suicidas tanto en vía pública (personas encaramadas en edificios, accidentes...) como en lugares cerrados (domicilios, recintos como restaurantes, clubes...) se convierte en particularmente estresante para profesionales de emergencias que deben intervenir en estas situaciones complicadas¹. Especialmente

cuando se trata de jóvenes o cuando en la situación hay un número considerable de personas, espectadores en muchos casos, que están opinando sobre la actuación de los profesionales cuestionando su trabajo.

Un emergencista, cuando acude a un intento de suicidio puede encontrarse con situaciones muy diversas; a veces incluso, la activación se hace por motivos ajenos a un intento de suicidio, lo cual requiere una adaptación rápida a la situación de emergencia y un proceso de toma de decisiones que favorezca la resolución de manera positiva para la persona que intenta suicidarse y para que el profesional no se sienta afectado. Algunos intervinientes que han actuado directamente en la situación de emergencia pueden resultar profundamente afectados si la persona acaba con su vida. Para los aspectos de autocuidado y prevención de desgaste psíquico, consultar el capítulo de este manual dedicado a profundizar en estas cuestiones.

La actuación en un suicidio es una de las situaciones más complejas y difíciles que puede encontrarse en una emergencia, por las implicaciones que supone a nivel sanitario, legal, personal y profesional. Encontrar la manera de que una persona se enganche a la vida puede ser una tarea ardua y difícil, y no siempre se consigue. Las estrategias que sirven en una persona, pueden ser inútiles o contraproducentes en otra persona (por ejemplo en lo referido a creencias espirituales).

A lo largo de este capítulo vamos a ir explicando y concretando algunas de las situaciones que se pueden presentar a los diversos perfiles de emergencistas y de qué manera se pueden ir canalizando de manera apropiada, pero antes vamos a aclarar qué es el suicidio y de qué manera se puede encontrar un interviniente una situación de este tipo. El saber reconocerla, favorece la rápida actuación y la minimización de situaciones problemáticas.

*Nada hay tan frágil como lo que tienes
y lo más frágil que tienes es la vida.*

(Arturo Pérez, Reverte; Territorio Comanche)

1. Entendiendo el suicidio

1.1. Ideación Suicida

Son pensamientos más o menos recurrentes en los que está presente la idea de muerte, de “desaparecer de este mundo”, quitarse la vida...

La ideación suicida puede aparecer especialmente en personas con importantes y significativas ideas distorsionadas y creencias irracionales, en las que se plantea la muerte como una posible solución a los problemas que la persona entiende que padece.

El riesgo se incrementa en personas con otros trastornos orgánicos y/o psicológicos, previos o comórbidos, y ante consumo de tóxicos.

Víctor piensa, solo en su casa, en lo bien que estaría si, por ejemplo, intentara subirse al acantilado y se tirara desde allí arriba

1.2. Intento de Suicidio

Cuando la persona trata de llevar a la realidad la intención de quitarse la vida, que anteriormente podía estar sólo en sus pensamientos, hablamos de intento autolítico (intento de suicidio) o tentativa suicida.

Cualquier profesional se activa cuando se percata de que una persona ha puesto un tiempo límite a su vida o se entera de que la persona percibe ese día como una fecha de aniversario de algo, como un momento propicio para morir.

La conducta suicida está influida por multitud de variables que son imposibles de controlar, y que pueden hacer que la persona pase a la acción e intente poner fin a su vida.

Víctor se tira por un acantilado escarpado; queda atrapado en las rocas con lesiones importantes, fracturas y mucho dolor.

Hay que diferenciarlo del intento de suicidio *parasuicida*, en que la persona manifiesta su deseo de hacerse daño con conductas autolíticas o autolesivas, pero no hay intencionalidad de muerte clara; sería como un suicidio fallido. El parasuicidio puede convertirse en una forma de manipulación, una demostración de valor o de ira o una manera de procurarse un cambio en la situación personal².

Víctor está con unos amigos en los alrededores de un acantilado con bastante pendiente; antes salía de excursión a menudo con estos amigos y le gustaría que le llamaran más. Al cabo de un rato, nadie parece ver a Víctor; empiezan a buscarle porque saben que llevaba unos días con el estado de ánimo un poco bajo. Pasados unos minutos de búsqueda lo encuentran con algunos golpes y pequeños cortes, sollozando, en un recodo de un acantilado donde hay pocas posibilidades de hacerse un daño serio; había dicho al principio de la excursión que quería asomarse al borde de un acantilado para ver la sensación que se tenía desde ese lugar.

La tentativa de suicidio debe tomarse siempre como un factor de riesgo para un suicidio posterior. Puede expresar *dificultades* por las que atraviesa la persona y *agotamiento* de sus recursos habituales, o puede convertirse en un punto de partida, un bautismo de fuego, un rito de iniciación...

1.3. Suicidio

La definición podría ser causación material y voluntaria de la propia muerte; uno mismo decide quitarse la vida, libre y voluntariamente. Sería una situación de crisis que pone en peligro la vida. Es algo que va contra el *instinto de supervivencia*.

El vocablo proviene del latín: *sui* (de sí mismo) y *caedere* (matar); se aplica a una persona que se quita voluntariamente la vida. El agente que pone en marcha el elemento de daño es la propia víctima.

Se define por dos características básicas:

- *Letalidad*: Se pretende que el resultado sea de muerte.
- *Intencionalidad*: El propósito de quitarse la vida es decisión de la persona.

Víctor se sube al acantilado más alto de su zona, busca un momento en el que no le ve nadie (preparación de la situación de suicidio); mira al acantilado a sus pies y decide tirarse por la zona donde las rocas son más salientes y puntiagudas. Se produce lesiones importantes en todo el cuerpo. Las consecuencias de las mismas son letales. Al día siguiente le encuentra la embarcación de salvamento marítimo que estaba patrullando por esa zona.

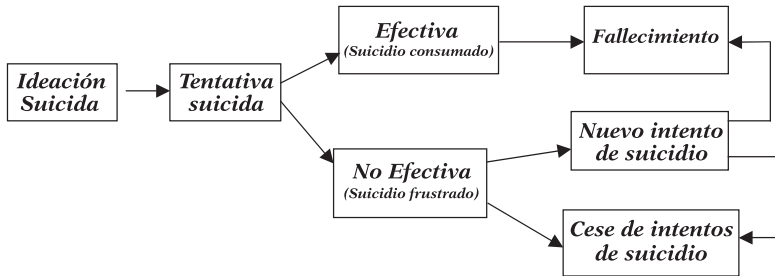
El suicidio puede ser consecuencia de sentimientos de impotencia y percepción de que las dificultades corrientes son inaguantables. Se produce desesperanza y frustración; la persona se siente incapaz de resolver su dilema y no cree que otros puedan ayudarle.

El suicidio figura entre las primeras causas de mortalidad en casi todos los países del mundo. Se ha convertido, junto a las conductas relacionadas con él, en una de las principales causas de demanda a los servicios de urgencias: sanitarios y no sanitarios. Cada año se suicida un millón de personas en el mundo y más de 20 millones lo intentan.

Es un hecho que el suicidio consumado tiende a incrementarse en países industrializados, especialmente entre la población urbana y solitaria. En EE.UU. cada minuto alguien intenta suicidarse, y cada 18 minutos hay una persona que lo consigue.

Vamos a establecer un esquema básico que nos permita entender la progresión anterior y cómo puede evolucionar el proceso de suicidio desde la ideación inicial, hasta cometer suicidio o cesar en los intentos.

A pesar de esto, hay pensamientos suicidas que no se llegan a eje-



cutar nunca y muchos intentos autolíticos no se convierten en suicidios consumados. Es decir, esa progresión puede interrumpirse.

Las causas de la interrupción entre el primer y segundo paso (ideación y tentativa) serían: convicciones morales, encuentro de otra solución a sus problemas, dificultad para idear un método letal.

Entre el segundo y tercer paso (de la tentativa al suicidio consumado) las razones son:

- El mecanismo de suicidio falla, el suicidio es malogrado por una técnica inadecuada para el fin perseguido,
- La persona es rescatada, o intervienen otras personas,
- Es un suicidio aparente pero la persona desea seguir viviendo. No obstante, hay algunos suicidios que pueden considerarse espontáneos, por una mala decisión tomada un día fatídico.

Ideación Suicida ➡ Tentativa Efectiva ➡ Suicidio Consumado

2. Mitos y realidades en el suicidio

Según algunos autores, entre los que se encuentra Hawton³, las muertes por suicidio tienden a ser escondidas hasta cierto punto; por eso las estadísticas oficiales no reflejan la incidencia real de este fenómeno.

Al mismo tiempo hay varias concepciones erróneas sobre lo que es el suicidio y lo que supone para la persona. A continuación exponemos algunas de ellas, junto a la explicación de lo que sucede en realidad.

MITOS SOBRE EL SUICIDIO	REALIDAD SOBRE EL SUICIDIO
<i>Hablar del suicidio puede fomentarlo. No hay que preguntar sobre el suicidio.</i>	Es esencial hablar del suicidio para aliviar al individuo de la angustia de pensar en ello. Permite valorar la peligrosidad de la ideación suicida. No se puede introducir la idea de suicidio a nadie, sólo por preguntarle. Hay que mantener la comunicación abierta con una persona desesperada.
<i>La gente que habla sobre el suicidio no lo lleva a cabo.</i>	El 80% de las personas que se suicidaron, habían hablado previamente de ello.
<i>Cuando se ha realizado una tentativa suicida y la persona comienza a mejorar, puede decirse que ya no hay riesgo.</i>	Algunos expertos sugieren que los 90 días posteriores al intento son los más peligrosos. Tras la crisis puede haber apoyo social; posteriormente va decreciendo gradualmente, con lo que aumenta el riesgo.
<i>La gente que se suicida está loca. Sólo se suicidan los enfermos mentales.</i>	Sólo un pequeño porcentaje de los suicidas son psicóticos. El suicidio puede ser una decisión moral, aunque sea minoritario.
<i>La conducta suicida se hereda.</i>	Parece haber más influencia ambiental, como método de resolución de problemas o sentimiento de indefensión. Aspectos socioeducativos facilitan a veces una mayor correlación en conductas suicidas facilitando una transmisión más de abuelo a nieto, que de padre a hijo.
<i>Los que se mataron realmente es porque deseaban morir.</i>	En la mayoría de los actos suicidas hay ambivalencia respecto a la muerte.
<i>El suicidio es impulsivo.</i>	Aunque el acto sea impulsivo, la ideación no lo es.
<i>El riesgo suicida disminuye con la mejoría de la depresión.</i>	La mejoría depresiva implica mejora de todas las iniciativas, incluida la de suicidarse.
<i>La mayoría de los suicidas no avisan.</i>	Suele haber signos directos o indirectos, verbales o no verbales.
<i>Sólo tienen ideación suicida los que tienen problemas graves.</i>	La ideación suicida es universal; puede aparecer en cualquier persona.

Cuando el suicidio se consuma es frecuente advertir en los familiares sentimientos de culpa, más agudizados cuando el paciente había comunicado sus intenciones en el seno familiar. Esto da lugar a procesos de duelo complicado, incluso patológicos, desestructuración de relaciones familiares, etc.

3. El suicidio y los suicidas

3.1. *Cómo se manifiesta el suicidio*

El suicidio supone una de las situaciones más incómodas para un profesional. Es un reto difícil de asumir para quien trabaja en emergencias, por la angustia añadida de tener una vida *pendiente de un hilo*, por los riesgos para la seguridad de víctima y profesional (incluso para algunos compañeros...) con un conjunto de variables precipitantes que no pueden ser totalmente conocidas por el profesional. Es, por definición, una situación urgente que requiere tomar decisiones trascendentales tanto para la vida de una persona (el presunto suicida), como para la salud psicológica de quien se hace cargo del caso.

Según la OMS⁴, *cada 40 segundos una persona se suicida en el mundo, y cada tres segundos otra lo intenta*. En algunos casos, la soledad y el aislamiento mantenidos en el tiempo, junto a la ausencia de apoyo social, actúan como precipitantes de la conducta suicida. En estos casos el desenlace puede ser fatal.

La conducta suicida tiene múltiples manifestaciones, casi tantas como personas con comportamiento suicida. En ocasiones *la conducta suicida puede estar enmascarada*, por ejemplo, en una persona que está presente en el incendio de una vivienda dentro de la casa y no ha hecho muchos esfuerzos por salir, usando sus propios medios. O también una persona que ha sufrido intoxicación por Monóxido de carbono en su vivienda o el garaje (algunos llegan a introducir el tubo de escape por la ventanilla); o situaciones más estrambóticas en las que se ha producido un escape de gas en un edificio que ha dejado varias viviendas destrozadas y hay una persona que no se alegra mucho de ser encontrada o se resiste a salir de donde se encuentra.

José Luis, tras una grave crisis personal y en situación de paro hace dos años, decide acabar con su vida, intentando que la situación económica de su familia quede lo más saneada posible; para ello contrata un seguro de vida y planea poner fin a su vida simulando su fallecimiento por un accidente de tráfico.

Coge su vehículo, en condiciones técnicas y mecánicas idóneas, a una velocidad superior a la permitida en la autovía por la que circula y se estrella contra la parte trasera de un camión. La muerte se produce al instante.

El *suicidio consumado* es el acto que pone fin a la vida de una persona, efectuado de manera voluntaria y por sí misma. No hay vuelta atrás.

El suicidio sigue rodeado de un halo de estigma y secretismo: se suele encubrir; las personas afectadas, directa o indirectamente, no suelen proporcionar mucha información al respecto.

Muchos suicidas consideran el suicidio como un punto de alivio o como una opción razonable. Cuando los individuos se hallan en una situación de crisis y creen no poseer recursos adecuados para la tarea, pueden ver el suicidio como una posibilidad.

Pedro investiga en un foro de internet métodos infalibles para provocar el suicidio; encuentra que sería fácil conseguir setas venenosas del tipo “amanita phalloides” y que la efectividad está garantizada.

Busca en internet cómo es la seta, para poder identificarla y diferenciarla de otras. Se da un paseo por el campo para recoger unas pocas y se prepara una tortilla con las setas. Para celebrar su “última cena” se compra también una botella de su vino favorito.

Se prepara la cena en solitario y se come las setas despacio, convencido de que conseguirá lo que busca y de que no será descubierto en los momentos posteriores a su ingestión.

También hay situaciones de suicidio colectivo en que varias personas se quitan la vida al mismo tiempo o en intervalos temporales próximos, usualmente empleando el mismo procedimiento. Muchas veces están animados o incitados por un líder sectario que les induce a poner fin a su existencia. Así podríamos plantear que más que suicidios colectivos, son asesinatos colectivos.

El suicidio doble (suicidio a dos) tiene lugar cuando dos personas deciden poner fin a su vida conjuntamente. Pueden consumir el acto suicida al mismo tiempo (ingiriendo alguna sustancia letal) o uno puede matar al otro y acabar suicidándose. La causa puede ser la no aceptación por parte de las familias, de la relación sentimental que mantienen los dos. Hay ejemplos famosos: los amantes de Teruel, Romeo y Julieta...

3.1.1. Mecanismos que eligen los suicidas

Los mecanismos que eligen los suicidas para originar su propia muerte, pueden ser muy variados:

- Precipitación: Defenestración (tirarse por una ventana), lanzarse por un acantilado o un puente.
- Ahorcamiento: desde un viga, desde un árbol, un puente...
- Sofocación o asfixia por bolsa de plástico en la cabeza.
- Intoxicación medicamentosa (92'50% de los intentos autolíticos son por ingestión de pastillas²).
- Intoxicación por gases (butano, monóxido de carbono...).
- Envenenamiento con plantas, hongos, metales, productos de limpieza, plaguicidas (paraquat)...
- Asfixia por sumersión: en agua (bañera, playa, río, piscina...).
- Hemorragia masiva (cortes en arterias importantes: carótida, femoral...).
- Inanición, ayuno prolongado.
- Dejar de tomar medicación prescrita.
- Accidentes de tráfico, conduciendo el vehículo.

- Arrojándose al paso de un coche, autobús, camión, tren, metro...
- Descarga eléctrica (de alta tensión o no), o con un aparato eléctrico en la bañera...
- Con arma de fuego (pistola, rifle de caza...). Tiro en la sien, en la boca, en tórax o abdomen.
- Con explosivo adosado al cuerpo o provocando una deflagración que rompa tuberías de gas.
- Quemarse a lo bonzo (impregnar la ropa con líquidos inflamables a los que se prende fuego).
- Tragarse objetos punzantes o cortantes (cuchillas de afeitar, alfileres...).
- Grandes traumatismos (se busca una fuerza grande o específica, que produzca importantes lesiones en el organismo).
- Apuñalamiento / eventración (hacerse el *hara kiri* entre los samuráis japoneses).

En la elección del método influye la accesibilidad del método, más que la consideración que tiene el presunto suicida sobre si el método es letal o no. Pueden encontrarse diferencias en la elección del método según:

- El *lugar* donde se produzca el suicidio: en el medio rural es más frecuente el ahorcamiento; mientras en el medio urbano los presuntos suicidas se decantan por la precipitación.
- *Aspectos culturales*, que hagan que el método empleado sea considerado lícito o no.
- *Disponibilidad de los medios* (ej: los agricultores pueden emplear productos fitosanitarios; el personal sanitario usaría fármacos).
- *Oportunidad* para hacerlo.

Tampoco está fuera de lo corriente la existencia de *mecanismos dobles*, o más complejos, especialmente cuando el primer mecanismo no ha sido eficaz. Ocurre en personas que empiezan cortándose las venas, y siguen mediante otro procedimiento de autólisis: precipitación, ahorcadura, empleo de arma de fuego o tóxico.

*La crisis se produce cuando lo viejo no acaba de morir
y cuando lo nuevo no acaba de nacer.*

(Bertolt Brecht)

3.2. Desde la infancia a la tercera edad

El suicidio se manifiesta de diversas maneras a lo largo del ciclo vital (los desencadenantes, las causas, los métodos empleados...) son diferentes en función de la edad evolutiva de la persona. En este epígrafe vamos a tratar de explicar las posibles diferencias, que pueden ayudar a un emergencista a adecuar su actuación en cada caso.

Muchos niños suicidas creen que la muerte es un estado temporal, agradable, que eliminará todas sus tensiones. Antes de los 10 años no es posible hablar de suicidio en niños, con el significado que implica el suicidio.

El método de elección dependerá de la edad del menor y la disponibilidad del método. Respecto al primero, De Pfeffer⁵ hace la siguiente distinción:

- *De 6 a 12 años:* saltar desde las alturas, ingerir veneno, colgarse, asestarse una puñalada, ahogarse, chocarse contra un coche, quemarse.
- *De 10 a 14 años:* con armas de fuego, explosivos, colgándose, por sobredosis, envenenamiento por sustancias o gas.

Las conductas suicidas en adolescentes son uno de los principales problemas de salud mental y un motivo frecuente por el que se alerta a los servicios de emergencias. El suicidio se está transformando en una de las principales causas de muerte entre los jóvenes españoles⁶, por ejemplo. Actualmente es la segunda causa de muerte en jóvenes de 15 a 25 años y la sexta entre los escolares de 5 a 14 años.

Entre el 50% y 60% de los suicidios consumados tuvieron antes tentativas de suicidio. David Elkind⁷ atribuye el aumento tan extraordinario de los suicidios entre adolescentes a la presión que se impone

a los niños pequeños para que obtengan logros y sean responsables desde temprana edad.

Tomás es un joven de 16 años tras una ruptura de pareja (con su novia desde hace 4 años), consumo abusivo de derivados de cannabis y fracaso académico, se abalanza sobre un turismo para forzar el atropello. Las lesiones son tan graves que queda tetrapléjico con necesidad de cuidados de por vida (se siente indefenso) y sin posibilidad de quitarse la vida de nuevo por sus propios medios.

Tras la aparición de suicidios en prensa y televisión (incluidas películas y series), se producen *suicidios por imitación o contagio emocional*. Cuando un adolescente intenta suicidarse por preocupaciones afectivas, escolares, como el bullying o acoso escolar, o mal entendimiento con la familia, otros adolescentes de su entorno pueden emular el intento suicida.

Los intentos suicidas en niños y adolescentes se asocian con dificultades familiares serias. Los intentos autolíticos en estos colectivos suelen conmocionar los entornos donde se producen¹; para los adolescentes revelar que un compañero tiene planteado suicidarse puede implicar una traición a su confianza; cuando en realidad se trata de un gesto de interés para prolongar la vida del amigo.

Ante un suicidio adolescente hay que tener en cuenta las circunstancias, para tomar constancia de la gravedad del mismo. Por ejemplo, no es lo mismo una adolescente que acaba de discutir con su novio y se ha tomado tranquilizantes de baja letalidad y que es llevada al hospital por su propio novio; que una adolescente sin pareja, con el mismo intento de intoxicación que es encontrada inconsciente en su habitación el fin de semana que sus padres se habían ido de vacaciones.

Pueden darse comportamientos con el mismo resultado (muerte) y distinta intencionalidad:

- a) Joven que conduce de forma arriesgada en una noche de juerga y además ingiere drogas. Podría calificarse como suicida.
- b) Joven que toma pastillas por un desengaño amoroso, para sentirse mejor (sin intencionalidad de muerte) pero calcula mal la dosis y muere. Podría considerarse un accidente.

Al ir entrando en la edad adulta los intentos suicidas van adquiriendo motivaciones más asociadas al ámbito laboral, presencia de hijos (no sólo centradas en la relación de pareja) y a la acumulación de estresores vitales (no un único estresor que se magnifica, como ocurre en la adolescencia). En esta edad el apoyo social cambia (es más elegido por la persona) y puede ser al mismo tiempo fuente de suicidio como elemento facilitador de cambio positivo tras ideación o intento de suicidio.

Más del 50% de los suicidios en personas de más de 30 años corresponden a pacientes con alguna enfermedad física importante. Los sentimientos de desesperación pueden verse agravados por la incertidumbre de la enfermedad y su curso progresivo.

Las personas mayores suelen utilizar métodos más letales que los más jóvenes.

En los ancianos el suicidio está preparado, reflexionado y premeditado. En la tercera edad el suicidio está muy relacionado con depresión previa (primaria o secundaria a otras situaciones vitales, enfermedades, pérdidas...). En estos casos, cuando hay sentimientos negativos en la familia y son percibidos por el paciente, pueden ser una prueba para el presunto suicida de que *la familia estaría mejor si yo estuviera muerto*. En esta franja de edad el predominio de los varones es claro; de cada 10 suicidas, 7 son hombres.

Anselmo lleva desaparecido desde hace varios días; nadie ha sabido nada de él (se ha denunciado su desaparición). Ha sido un suicidio consumado secundario a una intencionalidad autolítica clara de un largo periodo de evolución. Aparece en el campo suspendido de un árbol y con la ropa que llevaba el último día que fue visto. Se le comunica a la familia el fallecimiento.

El psicólogo, una vez recabada toda la información sobre las gestiones y diligencias necesarias realizadas por parte del forense y el médico de emergencias, se dispone a hablar con la familia.

El psicólogo facilita a la familia estrategias adaptativas para afrontar la situación, indaga sobre conductas de riesgo, probables o posibles y realiza actividades de psicoeducación asociadas, con el fin de favorecer el proceso de elaboración del duelo.

En las personas mayores la etiología es multifactorial: soledad, aislamiento, enfermedad somática y depresión². El hecho de sentirse dependiente, una carga para los demás y no poder realizar los objetivos que uno ansía, genera sentimientos encontrados. Se pueden dar lo que se llama *equivalentes suicidas*, dejar de comer, rechazo de cuidados médicos, autoabandono...

3.3. Quién lo intenta y quién lo consigue

Los individuos suicidas muestran deficiencias en su capacidad para generar y evaluar soluciones o perspectivas alternativas. Más que de causas concretas, se puede hablar de mecanismos que conducen al suicidio. Se puede diferenciar entre el perfil de la persona que tiene un intento suicida y el de una persona que llega al suicidio consumado^{8,1}:

PERFIL DEL INTENTO SUICIDA	PERFIL DEL SUICIDIO CONSUMADO
<ul style="list-style-type: none"> - Mujeres. - Menores de 30 años. - Con pobre control de los impulsos. - Método con baja letalidad instantánea. - Método no premeditado, impulsivo. - Método reversible, poco violento. - Mayor probabilidad de rescate. - Procedimiento: intoxicación, ingestión de medicamentos o fármacos. - Motivación afectiva, o manipulativa. - Comunicación de su intencionalidad. - Asociado a trastornos de personalidad o de adaptación, abuso de drogas... - Con conflictos interpersonales. - Hay tentativas anteriores (3 veces más). - Subempleo, amas de casa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hombres. - Mayores de 50 años. - Menor déficit de control de impulsos. - Método de alta letalidad, seguro y rápido. - Método premeditado, muy preparado. - Método irreversible, violento, traumático. - Pocas posibilidades de rescate. - Procedimiento: precipitación, ahorcamiento... - Motivación sociolaboral (a veces afectiva) - Sin dar publicidad previa a su conducta. - Asociado a trastornos afectivos o de índole psicótica, enfermedad somática. - Con aislamiento social. - Prácticamente sin tentativas previas. - Problemática laboral: Desempleo, jubilación.

Se ha encontrado que el haber intentado suicidarse antes puede indicar altas posibilidades de que la persona llegue a suicidarse, especialmente durante el año siguiente a la tentativa;

*Los intentos de suicidio previos son
un importante predictor de suicidio futuro.*

En personas que se encuentran en situación de duelo, tienen un riesgo mayor en fechas de aniversarios relacionados con el ser querido (cumpleaños, boda, fallecimiento, fecha de pérdida del trabajo...).

*La vida no es un problema por resolver,
sino un milagro por descubrir y disfrutar.*
(Millon Erre)

3.4. Qué puede hacer que en el suicidio se llegue hasta el final

Cada persona tiene un *umbral de control*, que cuando es superado puede hacer que la persona pierda el control de los impulsos y considere seriamente la posibilidad de quitarse la vida.

Aunque de forma ocasional una persona puede presentar una descompensación, ante ciertos sucesos traumáticos o patologías orgánicas, suele haber antes un conjunto de dificultades conductuales y emocionales.

Permanecer a solas o estar solo favorece momentos propicios para intentar el suicidio; por lo tanto, el estar acompañado hace que el riesgo disminuya.

Marisa le comunica a su esposo Luis su deseo de finalizar su vida conyugal después de 30 años de matrimonio. Su marido tras la comunicación se dirige hasta la balaustrada de la tercera planta del centro comercial donde se encuentran y amenaza con tirarse al vacío porque cree que no podría aguantar sin ella.

Llega una Ambulancia con dos Técnicos en emergencias (TEM), se acordona el lugar y se evacúa la zona donde hay contacto visual con el suicida. Uno de los TEM, Alberto, es informado por el personal de seguridad de lo sucedido, del nombre del suicida, (que ha facilitado la esposa) y de las acciones que se han llevado a cabo para garantizar la seguridad.

Alberto se dirige a Luis por su nombre, para entablar la relación con él.

Alberto (TEM): “Luis nos han contado lo que ha ocurrido ¿Qué es lo que pretendes?”.

Luis: “Quiero que te vayas y me dejes en paz”.

Alberto: “Yo me iré, pero quiero saber lo que está ocurriendo, cuéntame lo que ha pasado”.

Luis: “Mi mujer me va a dejar y me voy a quedar solo, no sé hacer nada sin ella. Mi vida no tiene sentido si no está a mi lado”.

Alberto: “Si te suicidas, hay algunas personas que van a sufrir enormemente”. (El objetivo del TEM es generar ambivalencia).

Luis: “Ella es la que podría sufrir, pero mi vida no le importa nada, porque me va a dejar tirado, abandonado como un perro; y yo no me merezco eso...”.

Alberto: “Quizás podemos conseguir lo que quieres de forma diferente. Tú no quieres estar sin tu esposa, pero si te suicidas no vas a poder estar con ella, que es lo que más deseas en este momento”.

Pueden distinguirse diversos *factores de vulnerabilidad* relacionados con la conducta suicida, que pueden ayudar a que ésta se genere⁹:

1. *Enfermedad aguda*: Cualquier enfermedad, independientemente de su gravedad, hace que la persona se sienta vulnerable.
2. *Enfermedad crónica*: Sobre todo en enfermedades degenerativas o con presencia de dolor; aparece impotencia ante las circunstancias de la enfermedad.
3. *Envejecimiento*: Implica aumento de enfermedades, disminución de la actividad, pérdidas de personas del entorno (familiares, amigos, compañeros).
4. *Pérdidas personales*: Seres queridos, relaciones afectivas, mascotas... Por ejemplo, una persona que ha perdido en un desastre todas sus posesiones y sus seres queridos, puede intentar suicidarse.
5. *Soledad*: La percepción de soledad (aunque uno se encuentre físicamente acompañado) o la falta de apoyo social predispone a detenerse en pensamientos suicidas.
6. *Fatiga*.
7. *Nuevas circunstancias*.
8. *Capacidad limitada de resolución de problemas*.
9. *Abuso de sustancias*.
10. *Agresividad*: Cuando la persona se siente acosada, herida o humillada, la vida pierde parte de su sentido.
11. *Escaso control de impulsos*: Uno de los impulsos incontrolados puede ser el de intentar hacerse daño a uno mismo.
12. *Reacciones de estrés postraumático*: tras haber vivido una situación traumática.
13. *Vulnerabilidad psicológica*: Un individuo ansioso o depresivo es más vulnerable a la hora de interpretar negativamente los hechos y reacciones de otras personas.

Cualquier pérdida puede reactivar recuerdos dolorosos sobre pérdidas anteriores.

En los *adolescentes*, los *factores de riesgo* vinculados al intento suicida están más relacionados con la transición adolescente (cambios en el estilo de vida, pandillas, desilusión respecto a figuras adultas, uso de drogas), baja tolerancia a la frustración y pocas habilidades de manejo de estrés, escaso control de impulsos o agresividad, problemática familiar, (pérdida de algún familiar y penurias económicas...), fracaso escolar, dificultades escolares y de adaptación a la escuela, acoso escolar; acontecimientos vitales estresantes (desengaños sentimentales o amorosos, problemas legales y disciplinarios, abusos, físicos o sexuales).

Hay que valorar cuál es el riesgo de que se consume el acto autoleensivo en ese momento o en los momentos inmediatamente posteriores. La determinación del riesgo se debe hacer teniendo en cuenta¹⁰:

- *Circunstancias de la tentativa*: valorar letalidad (hay alto riesgo en precipitación y ahorcamiento), premeditación y posibilidades de rescate.
- *Estado psicopatológico*. Hay mayor riesgo cuando aparece desesperanza, alteración del juicio de realidad y del estado de la conciencia.
- *Intencionalidad*: realización de comportamientos de riesgo y acceso a medios suicidas (por ejemplo, armas de fuego). Además el riesgo aumenta si hay sentimientos de culpa, con deseo inequívoco de morir.
- *Actitud ante la vida y la muerte*.
- *El consumo de tóxicos*. Aumenta el riesgo autolesivo.
- *Intentos previos*.
- *Apoyo familiar*.

*Una cuestión clave que debe plantearse ante un suicidio es
¿por qué ahora?*

Si podemos hablar con la familia, es conveniente tener en cuenta sus sentimientos hacia el paciente y sus pensamientos sobre el intento de suicidio. No hay que pasar por alto que los familiares que convivan con el suicida pueden sentirse angustiados y violentos por la situación que se ha desencadenado.

El riesgo de suicidio es importante cuando el suicida ha planeado varios métodos al mismo tiempo o en cadena (mecanismos dobles), por si uno de ellos falla. Es un indicio claro de riesgo elevado de muerte e implicaría ingreso hospitalario, por sí solo.

Mariana lleva mucho tiempo sintiendo que la vida ha perdido el sentido para ella, se siente sola y dice que su familia y amigos no se acuerdan de ella. Ha ideado un plan infalible para dejar de sufrir: Cogirá su vehículo hasta el pantano que hay a escasos kilómetros de su casa para tirarse por el puente que da al pantano en la zona de mayor profundidad. Pero antes de coger el coche se tomará 4 cajas de las pastillas que le ha recetado el médico para la ansiedad. Piensa que mejor dos maneras de matarse, porque si un método no funciona para morirse, lo hará con el otro.

Se ha asociado, en multitud de ocasiones, la depresión al suicidio. Se ha llegado a afirmar que el riesgo de suicidarse es 50 veces mayor entre quienes padecen depresión. La gravedad de la depresión influye en la presencia de ideación suicida; pero el riesgo de pasar al acto está más relacionado con el grado de desesperación.

La depresión, por si misma, no siempre conduce al suicidio pero es una situación de riesgo o agravante para el mismo.

La tristeza y el estado depresivo que siguen a la pérdida de un ser querido pueden conducir al suicidio. Por ejemplo: un hombre viudo cuya mujer ha fallecido recientemente, a quien le resulta difícil realizar tareas cotidianas y que percibe que su vida no tiene sentido porque no está junto a su esposa, puede ser un candidato firme al suicidio.

Además de la depresión, puede haber otras dificultades psicológicas que estén relacionadas con una evolución hacia el suicidio:

- El *abuso de alcohol y otras sustancias*, pueden ser considerados como un intento de suprimir la angustia.
- *Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)* tras intentos de violación, catástrofes naturales, guerras... En algunas personas también se ha observado tendencia a *conductas autodestructivas*.
- En la *esquizofrenia* la tentativa puede producirse en el curso de la enfermedad. Las alucinaciones /delirios, pueden empujar a formas de suicidio variopintas tales como: precipitación, ahorcamiento en lugares insospechados, suicidio con hacha, autoa- puñalamiento múltiple con cuchillo o tijeras... En estos casos los suicidios graves ocurren cuando las personas se están readap- tando socialmente y al salir de la institución psiquiátrica.

Carlos, es un hombre de 35 años que escuchó voces que le decían que debía pasar por un ritual de purificación (que incluía infringirse cortes, provocarse quemaduras, beber lejía...) para pasar a una vida mejor. Dice ver a espíritus de otra constelación que han venido a recogerlo para llevárselo, porque su vida en este mundo ha terminado para pasar a una vida mejor.

Va a hacer lo que le indican las voces porque nadie más (su familia, sus amigos) le hace caso en estos momentos.

En general, el paciente psiquiátrico tiene un riesgo del 10% de morir, a lo largo de su vida, por suicidio (el porcentaje en la población general es del 1%)

3.5. Cómo pueden reconocer indicios de suicidio los emergencistas

Algunas personas que planean poner fin a sus vidas podrían comunicar indirectamente cuáles son sus intenciones, mediante palabras (*Voy a irme de aquí; estoy pensando qué pasaría con vosotros si yo no estuviera aquí*), o acciones (regalando sus posesiones más preciadas, adquiriendo instrumentos para consumir el intento...). Otro rasgo presente en personas que quieren suicidarse es la idea de que *tienen que pasar por esto solos*.

Muchas veces el origen de la idea suicida está relacionado con la culpabilidad tras pensar que se ha fracasado a nivel personal, profesional, o que se ha fallado a otras personas a las que se aprecia. Estas ideas pueden no estar claras en la situación en que se presenta el suicidio al emergencista, quien puede llegar cuando la ideación está completamente desarrollada.

*A mayor planificación de la idea suicida,
mayor riesgo de cometer suicidio.*

Algunos pacientes que hacen explícito su deseo de muerte (*Quiero estar bajo tierra*), pueden, en realidad, estar reclamando ayuda de una manera inconsciente. Sería como un último recurso positivo: *Quiero vivir pero no sé cómo hacerlo*. Greenberg lo definía así: *Los pensamientos suicidas son como un grano o una erupción; son molestos, incómodos y pueden limitar tus actividades, aunque no tienen por qué amenazar la vida.*

Las personas que tienen una intencionalidad clara suelen presentar cambios en la conducta habitual, en pensamientos, hábitos, etc. (de ahí la importancia de recabar información de familiares y conocidos). Los cambios pueden ser: abandono de la apariencia física (higiene personal, dejar de arreglarse /maquillarse cuando antes se hacía...), entrega de posesiones valiosas, aislamiento, trastornos de sueño y de apetito, incremento del consumo de sustancias psicoactivas (incluye tabaco y alcohol), escribir notas de despedida... Algunas personas esperan la ocurrencia de algún hecho significativo (ruptura de relación afectiva o de pareja, fallecimiento de un ser querido...), para suicidarse.

En ocasiones el intento suicida no responde a un deseo de muerte real, sino a la consecución de otros objetivos: chantaje, atención, autoafirmación, culpabilizar a alguien, manipulación calculada para influir o agredir a alguien, o simplemente como modo de conseguir algo.

Siempre hay un riesgo latente, incluso en los intentos manipulativos, porque pueden haber calculado mal el grado de letalidad de su

método. Hay situaciones en que el suicidio es inevitable; la persona está firmemente convencida de su decisión y ninguna intervención puede modificar su idea. Se hablará más extensamente de esto en este capítulo, al hablar de la intervención en las diversas fases de evolución de la conducta suicida.

Cualquier amenaza de suicidio debe considerarse como realizable.

William es un trabajador inmigrante en una empresa de construcción. Lleva 20 minutos subido al borde de una grúa a 30 metros de altura y amenaza con suicidarse; reclama el dinero que le debe la empresa por tratamiento médico debido a una caída que sufrió en el puesto de trabajo hace 2 años.

No ha conseguido los papeles ni puede reagrupar a su familia en España; no puede volver a trabajar después de lo sucedido debido a los dolores musculares. La empresa se ha desentendido de lo sucedido.

En los casos en que se producen llamadas de atención se aprecian lesiones (parasuicidas), muchas veces con la intención sólo de hacerse daño y no ir más allá. Las características de estas lesiones son:

- Daños superficiales y múltiples.
- Localización en zonas asequibles al propio sujeto; generalmente controlables visualmente por el sujeto.
- Preferentemente en el lado fácilmente alcanzado por la mano dominante. Por ejemplo, lesiones en el lado izquierdo en personas diestras.
- Las lesiones que presentan pueden no coincidir con los daños que aparecen con la ropa.

Hay *suicidas crónicos* que, con su gesto, buscan esa demanda de atención como forma de queja y control de su inadaptación. Sin embargo pueden poner fin a su vida; por lo cual deben tomarse en serio.

*El arte de vivir no consiste en eliminar los problemas,
sino en crecer con ellos.*
(Bernard M. Baruch)

Un dato a tener en cuenta es que los individuos que han planificado o ejecutado intentos de suicidio por medios no potencialmente mortales, pero que creían que su plan era mortal, pueden tener más riesgo de intentos futuros, son más desafiantes y difíciles.

4. Cómo actuar con un suicida

El suicida suele pasar por tres fases en relación al suicidio:

La primera es el plantearse el suicidio como un *método para resolver los problemas* que tiene, o que considera que existen, ya sea a nivel laboral, económico, familiar, social, afectivo, de salud, religioso, etc.

Posteriormente suele surgir el esquema cognitivo de la *intensa ambivalencia*, en el que la persona pondera los aspectos que considera “positivos” y los que son “negativos” (por ejemplo, daños a 3º, etc.), si ejecutara su conducta.

Cuando la persona cree que existen más motivos y más intensos (o importantes o satisfactorios) para él y/o para terceros, para ejecutar la conducta, puede pasar a la tercera etapa de la *decisión firme*, que suele culminar con la ejecución de la conducta autolítica.

El objetivo que debe buscar el profesional que se encargue de prestar la asistencia, es identificar lo más rápidamente posible la etapa o fase en la que se encuentra la persona y establecer alternativas.

Así por ejemplo, si la persona plantea el suicidio como un *método para resolver problemas* (1ª fase), debe intentarse introducir en la conversación otra forma de resolver los problemas que la persona indica que tiene y que pueda facilitar que consiga un cambio a nivel cognitivo, al menos puntual, en ese momento sobre su esquema: Suicidio = Método de resolver problemas.

Si lo que presenta es una *intensa ambivalencia* (2ª etapa o fase), debemos intentar conducir la conversación haciendo que la persona vea que “pesan” más los aspectos negativos o efectos secundarios de la ejecución de su conducta, que lo “positivo” de realizarla; para ello utilizaremos la información que nos facilita en la conversación e información de la que dispongamos de la persona y que sea útil a tal efecto y momento.

Posteriormente, si la situación lo permite y procede, buscar otra forma de solucionar los problemas que considera tiene y que le han llevado a esta situación.

Si está en una etapa de *decisión firme*, debe valorarse el intentar generar intensa ambivalencia, para facilitar que existan posibilidades de cortocircuitar la situación actual de decisión firme que tiene. Para ello habrá que analizar qué aspectos o situaciones personales, familiares, sociales, religiosas, etc., pueden facilitar que dicha ambivalencia sea generada en cada caso y que previamente el sujeto, o no valoró o no lo hizo profundamente.

Si el intento autolítico ha sido llevado a la práctica, *los servicios de emergencias sanitarias y de rescate, conjuntamente, llevarán a cabo los protocolos que se estimen oportunos*: cortar la cuerda ante un ahorcamiento, maniobras de RCP; abrir puertas y ventanas ante inhalación de gas; valorar la toxicidad de la sustancia ingerida. Cuando se actúa con un suicida se debe *dar una asistencia inmediata*.

En una playa, un socorrista acuático en su turno de vigilancia en la torre, al finalizar la tarde ve como una mujer vestida con ropa de calle se adentra en el mar. Le llama la atención y la vigila más de continuo. Hay bandera amarilla, ya que hay corrientes. La mujer se ha propuesto llevar a cabo un suicidio por inmersión. El socorrista se plantea la dificultad y peligrosidad de realizar un rescate a una persona que quiere quitarse la vida, con las condiciones del mar en ese momento.

La urgencia de la situación impone *decisiones rápidas*. Es conveniente, siempre que sea posible, *recabar información previa*: nombre de la persona, familia, dónde y con quién está, qué ha podido generar la situación, posible consumo de sustancias, existencia de enfermedad mental o física y evaluación de riesgos (para tomar medidas de seguridad).

4.1. Cómo acercarse al suicida

4.1.1. Con adultos

La forma en que nos acerquemos y el tiempo que pasemos con la persona son primordiales. Hay que cuidar mucho lo que se hace en los primeros momentos. El primer contacto con el suicida debe realizarse en un *ambiente tranquilo, evitando interrupciones*, en la medida de lo posible y adoptando una *actitud de escucha activa y comprensión*.

Marcos (Bombero): “Hace un poco de frío aquí arriba (sin acercarse demasiado y manteniendo una distancia de seguridad). ¿Te doy tu abrigo o te traigo una manta?” (permite acercarse o interactuar con la persona).

Aitor: “No quiero nada, me lo he quitado porque me ha dado la gana”.

Marcos (Bombero): “La temperatura de hoy es baja ¿Cuánto tiempo llevas aquí?”.

Aitor: “¿A ti qué te importa? Quería fumarme un cigarrillo antes de decidir lo que voy a hacer y he subido hace un rato”.

Marcos (Bombero): (Acercamiento físico cauteloso). “A mí sí que me importa. Tomar decisiones puede ser difícil en algunos momentos. Me gustaría ayudarte, si tú me dejas” (intentar acercamiento psicológico).

Aitor: “Voy a decidir qué hago con mi asquerosa vida, mientras me fumo este pitillo ¿te molesta?”.

Marcos (Bombero): “¿Por qué te has subido hasta aquí?”.

Aitor: “La vida no me ha tratado bien, la gente se ha portado mal conmigo”.

Marcos (Bombero): “Desde aquí no te oigo muy bien ¿me puedo acercar un poco donde estás tú para que te pueda escuchar bien?” (acercamiento físico más próximo solicitando permiso, para evitar que se precipite si se siente intimidado).

Aitor: “Estoy en la calle sin un duro, sin ayudas ni amigos. ¡Qué perra es la vida!”.

Marcos (Bombero): “Parece que has tenido una vida difícil. Quiero escuchar tu historia y que me cuentes más despacio lo que te ha pasado. Vamos a sentarnos ahí, que estaremos más cómodos para seguir hablando” (alejamiento de riesgo de precipitación).

Las estrategias que pueden resultar útiles en los primeros momentos son las que se exponen a continuación:

- *Acercamiento físico a la persona progresivo y cauteloso* (hasta donde nos lo vaya permitiendo). Si nos acercamos demasiado al principio podemos acelerar el acto suicida: precipitación al vacío, consumo de tóxico, ahorcamiento...
- *Se debe partir de la empatía, la devolución de sentimientos y pensamientos que ha captado el agente de ayuda, sobre lo sucedido. Aunque en ocasiones es útil no empezar hablando del suicidio.* Por ejemplo, si alguien está en lo alto de una azotea, se le puede ofrecer algo de abrigo. Cuando lo rehúse puede incluir en la respuesta algún indicio que nos permita iniciar la intervención sobre la tentativa suicida. Aunque la mayoría de las veces la urgencia de la situación hará necesario centrarse en las potenciales conductas suicidas.
- *Alejar objetos* (tijeras, cuchillas, cuerdas, pastillas...) que puedan atentar contra la vida de esa persona o contra nuestra seguridad, si pierde el control de los impulsos.

- Hablar con la persona *sin la presencia de familiares, amigos o terceras personas*. Pueden haber desencadenado la crisis, con lo que entorpecerían la intervención.
- Utilizar frases cortas, que permitan a la persona seguir exponiendo sus dificultades, y resumiendo lo que nos transmite de lo que ha pasado y cómo se siente.
- *No limitar el tiempo* que se va a permanecer con la persona; podría provocar un desenlace inesperado o precipitado de la situación.
- *Transmitirle que hemos comprendido la existencia de su malestar psicológico* y que para nosotros es la persona más importante en ese momento; y por ello estamos dispuestos a ayudarle.

NO discutir ni tratar de convencer rápidamente a la persona para que no se suicide.

- Emplear un *tono de voz cálido pero seguro* (sin gritar).
- *No utilizar expresiones de reproche* hacia su conducta o expresiones moralistas. El suicidio no es algo correcto o incorrecto, desde el punto de vista del manejo en emergencias.
- *Transmitirle que es normal sentirse inseguro ante pensamientos de muerte*: mientras la persona desea morir, al mismo tiempo es posible que una parte de ella todavía quiera vivir. El suicidio es a menudo la solución permanente de un problema pasajero.
- *Hacerle ver que es una decisión importante, que puede esperar antes de tomar esa decisión*, tiene todo el tiempo que desee, siempre puede suicidarse más adelante.
- Explicarle que el *suicidio no se elige, sucede cuando el dolor que sentimos es mayor que nuestros recursos para afrontarlo* y pensamos que no hay otra salida y que no es una mala persona por pensar así, no está loco ni es débil.

4.1.2. Con niños

Con niños y al inicio de la adolescencia es necesario adaptar las estrategias con adultos a la edad del menor y tener en cuenta otros aspectos, que se especifican en las siguientes líneas.

Siempre debe ser *una sola persona* la que hable con el niño, aunque haya otros profesionales presentes. Las preguntas abiertas evocan mucha ansiedad a los niños y adolescentes⁹; lo cual puede frustrar los objetivos de evaluación e intervención.

El *uso de preguntas cerradas* puede reducir el nivel de ansiedad hasta que el niño se sienta menos amenazado; entonces se podría hacer *alguna pregunta abierta*, para continuar, de nuevo, con preguntas cerradas.

Con niños se puede empezar preguntando *¿Sabes por qué tus padres nos han llamado?* Si el menor responde que no lo sabe se le puede empezar a describir resumidamente lo que ha pasado y la preocupación de los progenitores. *Tu madre te vio acercarte a la ventana y está preocupada porque podías haberte hecho daño.*

Siempre que sea posible, *hablar con los padres*, para que tengan la oportunidad de exponer su visión de los hechos. Los objetivos son recoger información útil, establecer confianza y comunicación con el niño o adolescente, y empezar a intervenir mínimamente sobre la conducta suicida.

4.2. Cómo se realiza la actuación con el suicida

El objetivo final de la atención urgente en suicidio deberá ser la anulación del intento en ese momento, persuadir para buscar aspectos que sirvan para seguir planteándose vivir y, tratar de enlazar con otros recursos de ayuda especializados o de nivel superior. La actuación es conveniente hacerla en un lugar tranquilo, con pocas distracciones ambientales y sin material peligroso al alcance de la persona.

La *reacción emocional inicial* de la persona a los intentos de acercamiento del personal sanitario o de rescate, debe examinarse cuidadosamente; ofrece mucha información que no hay que desaprovechar.

Es importante preguntar por las intenciones respecto al suicidio, aunque ello no implique que la persona nos responda con sinceridad. Preguntar es una de las estrategias de prevención más importantes en el suicidio¹¹.

Dejar hablar a la persona es más adecuado que empezar a plantearle preguntas directas. Si no quiere decir nada, se puede abordar la situación mediante preguntas abiertas del tipo *¿Qué haces ahí?, ¿Por qué estás asomado a la ventana?* A partir de sus respuestas se puede elaborar la conversación que nos permita responder a los puntos especificados más arriba.

La atención al suicida es una de las intervenciones más complejas desde el punto de vista psicológico; en algunos casos requiere amplios conocimientos especializados del profesional que realiza la intervención.

La escucha reflexiva y sensible es fundamental para encauzar adecuadamente la intervención con el suicida.

Es preciso partir de lo concreto.

- *Interesarse por las razones que le han conducido al suicidio*, sin que parezca un interrogatorio policial ni planteando preguntas innecesarias. Ej.: *¿Qué te pasa?, ¿Por qué quieres hacerlo?*
- *Usar primero preguntas globales y comunes* y luego cuestiones más concretas, que permitan delimitar con precisión la situación de intervención.
- *Mostrar una conducta empática y estable*, que infunda en la persona sensación de seguridad y control. No hacer movimientos bruscos.
- *Demostrar comprensión* cuando exponga sus razones para dejar de seguir viviendo.
- *Facilitar la expresión de sentimientos* que no se comparten habitualmente.
- *Ayudarle a verbalizar* sus preocupaciones (los fantasmas dejan de serlo cuando se les pone nombre).

- *Legitimar* sus sentimientos y pensamientos, porque tiene razones para sentirse así, que le han conducido a intentar quitarse la vida.
- Conversar con él/ella sin agobiarle y respetando su propio ritmo para hablar. De hecho, siempre es mejor *hablar antes de actuar* y, como dicen los profesionales del Hospital Sant Pau de Barcelona¹², siempre es posible *aplazar la decisión*, “siempre puedes suicidarte mañana”...
- *No juzgar* su conducta (especialmente con nuestro comportamiento no verbal), y comprometernos a guardar secreto de las confesiones que haga.
- *Buscar las posibles razones que tiene para vivir* y centrarse en ellas.

*Ayudar a la persona a descubrir otras alternativas,
(distintas a la autodestrucción), que pueda realizar
de manera más o menos inmediata.*

- Emplear ideas religiosas o morales sólo si la persona hace referencia a ellas.
- Cuando dudan sobre su decisión puede ser útil, hacerles ver que el suicidio puede ser lento, doloroso o infructuoso.
- Transmitirle que no es efectivo comportarse de forma impulsiva en situaciones problemáticas.
- *Buscar objetivos satisfactorios* que pueda tener la persona (inmediatos o a largo plazo).
- Presentar a la persona estrategias prácticas para la crisis, que deberán adaptarse en cada caso a las características de la persona y a los desencadenantes de la crisis suicida, para establecer en la persona puntos de agarre (los hijos, un proyecto laboral de promoción profesional, un acontecimiento personal o familiar, etc.).
- *Pedir permiso*, para involucrar a otros miembros de la familia, amigos u otras personas que sea necesario para poder apoyarle, especialmente en adolescentes¹³.

- *Evitar el fenómeno de “rapto suicida”*, que se puede dar cuando parece que la intervención está siendo exitosa; continuar interviniendo hasta que el suicida esté en un sitio seguro.
- Cuando se considere que el intento de suicidio puede estar controlado, *buscar valoración médica*. (aunque se haya hecho previamente, porque después de la estabilización del suicidio, la situación ha cambiado)
- Si se realiza el traslado a un centro sanitario, valorar la posibilidad de que el *trayecto se haga acompañado de un psicólogo, psiquiatra...* (especialmente si no está sedado).

Se sabe que ante un elevado riesgo de llevar a cabo la conducta suicida, la accesibilidad a ciertos medios mortíferos limita las posibilidades de supervivencia de forma drástica. Las tentativas de suicidio con alto componente manipulativo no requieren hospitalización porque reforzarían y cronificarían la conducta.

Las estrategias de actuación cuando hay *indicios de depresión* variarán con cada persona, pero pueden precisarse las siguientes:

- *No acotar el tiempo*, porque puede que la víctima no exponga toda su problemática, tenga la sensación de que no le importa a nadie o de que no le van a poder ayudar.
- Mantener una *escucha activa*, haciendo que la persona se sienta escuchada.
- *Ser cercano, amable, empático*, pero manteniendo la distancia ante ciertos temas.
- *Evitar frases hechas* que suenan vacías y no convencen.
- Crear un *buen ambiente* de comunicación y confianza.
- Indagar sobre la ideación o tentativa suicida cuando ya se haya establecido cierta relación. A las personas con componentes depresivos les cuesta más entablar relación con personas que no conocen, se cansan más y tardan más en hablar de determinados aspectos personales, como puede ser el suicidio...
- *Identificar peligros potenciales* para la persona, el profesional o terceras personas.

- Procurar *disminuir los niveles de angustia* asociados a este tipo de circunstancias.
- No tratar de convencerle para que no se suicide o exponerle los aspectos positivos de vivir, porque la persona no percibe ese tipo de beneficios. Se puede establecer un compromiso de no autolesionarse durante la crisis¹³.

Silvia es una mujer de 30 años muy atractiva. Ha tenido muchas dificultades en su relación de pareja en los últimos 5 años; conoció a su marido hace 8 años, cuando era un hombre amable y atento, pero en los últimos años ha sufrido maltrato físico, psicológico y económico por parte de su marido; la situación se ha vuelto insostenible para ella y se ve en un “callejón sin salida”, sin nadie a quien recurrir. Nadie cree que el hombre dulce y cariñoso que todos conocen pueda comportarse de manera diferente con su esposa.

La situación que está viviendo le conduce al suicidio; ha elegido la fecha del aniversario de boda; se suspende de la lámpara del techo de la habitación conyugal. Quiere que cuando su marido llegue del trabajo la encuentre allí, además ha dejado una nota suicida (de la que ha enviado copia a la policía) explicando los motivos por los que ha tomado la decisión.

Es conveniente *extremar las precauciones en personas que hayan iniciado recientemente el tratamiento antidepresivo*. En los primeros días de tratamiento siguen con sus ideas negras mientras recuperan su capacidad de actuación, que le puede hacer tener una conducta tendente al suicidio.

*Una alegría compartida se transforma en doble alegría,
una pena compartida se transforma en media pena.*
(Proverbio Sueco)

CONSIDERACIONES ESPECIALES EN LA ACTUACIÓN CON SUICIDAS

- A. Es muy importante estar a su lado, *escucharle*.
- B. *Se trata de entender los sentimientos* que producen en la persona, de ponerse en la situación del que sufre para poder comprenderle.
- C. *Las personas al borde del suicidio necesitan* que se les escuche, de manera sincera. Sin juzgarles, ni hacer reproches, ni dando opiniones.
- D. *Hablar con calma* y tranquilizar, que sienta que hay alguien que se preocupa por él/ella en ese momento.
- E. *No dejar a la persona sola* en ningún momento y hacer que se sienta protegida.
- F. *Facilitar el acceso a un profesional de salud mental* (psicólogo o psiquiatra) lo antes posible.
- G. *Responsabilizar* a la persona de su propia vida siempre que ello sea posible¹³.
- H. Se trata de trabajar juntos en encontrar soluciones no suicidas; por lo que deben explorarse soluciones alternativas al problema que ha desencadenado la crisis suicida¹³; y/o generar situaciones de ambivalencia que faciliten que pase de la situación de decisión firme, a la situación de duda sobre la idoneidad de la conducta suicida para los objetivos que se ha planteado conseguir con el plan suicida.

4.3. Y si no puedo acercarme...

Va a haber momentos en que por razones de seguridad, porque la persona no desea salir o no puede salir de donde se encuentra (es necesario rescatarla), o la demanda de ayuda se realiza vía telefónica, no se puede hacer una actuación cara a cara con el presunto suicida. Este factor complica la actuación; porque hay determinados aspectos que no se pueden ver y no se sabe a ciencia cierta si la persona está poniendo en práctica otro mecanismo suicida (tampoco hay posibilidad de impedirlo).

Además, en las tentativas suicidas, la persona puede perder la consciencia repentinamente. Si no hay nadie que pueda hacerse cargo de la situación *enviar un recurso sanitario* rápidamente para prevenir agravamiento.

Aunque no podamos aproximarnos por seguridad o porque él /ella no nos lo permite, hay que *captar aspectos que indiquen riesgo* que nos adviertan de que el intento autolítico no está desprovisto de seriedad: comentarios respecto a fatalidad irreversible, destino inexorable, acumulación de fracasos y pérdidas irreparables, derrumbamiento reciente de sentimientos, impresión de impotencia, noción de ideal perdido para siempre, idea de muerte expiatoria, alegato a favor del suicidio en general y del suyo en particular, impresión de que ya es demasiado tarde para hacer algo, etc.

*El hombre es más resistente que el hierro, más fuerte
que una piedra, más frágil que una rosa.
(Proverbio turco)*

4.4. Qué hacer cuando influyen otros factores

4.4.1. El lugar donde se encuentra el suicida

El *entorno* de la personas participa siempre en el acto suicida, independientemente de cómo lo perciba el suicida (culpabilizador, acusador, indiferente, provocador, ausente...). Además puede proporcionarnos informaciones importantes. Pero la familia puede ser asfixiante y mal tolerada por el sujeto que desea suicidarse.

En situaciones en que el paciente ha decidido tirarse por la ventana, valorar si es factible, *cerrar las ventanas y ponernos delante* de ellas. Se requiere una gran *discreción* en la intervención; propiciar la *neutralidad* que ayudará al individuo a salir de una situación compleja.

4.4.2. La relación del suicida con otras personas

Las estrategias e intervenciones con niños dependerán de las necesidades del menor, las destrezas del profesional interviniente y la disponibilidad de los otros significativos.

Una persona aislada puede encontrarse en una situación de abatimiento insoportable; puede sentirse aplastado, despreciado o desbordado por unas dificultades insuperables. Por ello, es primordial la *calidad del vínculo que se establece* con el eventual suicida al principio.

La familia también vive el suicidio de su ser querido como una crisis. Se mezclan sentimientos de culpabilidad por no haberlo evitado o por no haberlo detectado a tiempo, con las decisiones que deben tomar en ese momento tras las lesiones graves o la muerte de su familiar. El primer contacto con la familia debe ser para recoger información sobre cuál es la situación, qué se ha hecho y qué pueden hacer en ese momento, en función de si el intento autolítico ha tenido éxito o no.

Las reacciones de los supervivientes al suicidio de un amigo o un familiar son muy variadas: alteraciones de la realidad, reacciones anormales a objetos, culpa, autoconcepto bajo, identificación con el suicidio, depresión, tendencias autodestructivas, tristeza continua. Pueden sentirse culpables respecto a cualquier conducta de reproche previo hacia la persona suicida.

*Del sufrimiento han surgido las almas más fuertes;
los caracteres más sólidos están plagados de cicatrices.*
(Khalil Gibran)

Como intervinientes, hay determinadas circunstancias de un suicidio que nos puede costar manejar; por ejemplo que el presunto suicida lleve ropa similar a la que nosotros usamos, que tenga unos rasgos similares a los de nuestra pareja, nuestra misma edad... unido a la violencia del intento (accidente de tráfico espectacular, lesiones corporales importantes...).

4.4.3. Curiosos que quieren saber lo que está pasando

Cuando se produce un intento autolítico (o cualquier otra situación de urgencia) en vía pública puede tardarse en llamar a fuerzas de orden público debido a lo que se conoce como *efecto del espectador*.

Consiste en la no realización de la conducta de ayuda en situaciones de emergencia por la presencia de otras personas. Se piensa que los demás también podrían haberlo hecho o “Mal de muchos, consuelo de tontos”; no hay percepción de urgencia.

Así, no es raro encontrar un numeroso grupo de gente que desea enterarse de qué ha ocurrido, en particular si la persona se acaba de precipitar al vacío. En estos casos se impone apartar a las personas, avisar a las fuerzas de seguridad para que delimiten un perímetro que permita trabajar al personal sanitario, de rescate o al psicólogo, si lo hubiere.

Los curiosos pueden dificultar la intervención a las personas cualificadas para intervenir. Deben *retirarse las personas que sólo están allí por ver lo que pasa*, con educación y amabilidad se consigue más que con gritos e increpaciones.

Si hay familiares la situación no es agradable para ellos; si es posible, algún interviniente o alguna persona de entre los curiosos (mejor si es conocida), pueden *hacerse cargo de ellos y evitarles una visión desagradable*, sobre todo si el intento ha sido letal.

Para finalizar y enmarcar la actuación que debe realizarse ante un suicidio en curso podemos decir que ante una crisis suicida, se deben adoptar las medidas básicas que plantean De Miguel y Muñoz¹⁴, para una situación crítica:

- A. Existencia de una sola cabeza coordinadora, de la intervención, especialmente cuando hay un alto número de afectados e instituciones.
- B. Evaluación y registro del impacto potencial de la situación crítica, antes de la intervención, si se considera factible.
- C. Jerarquizar el modelo de actuación.
- D. Realización de la intervención sin tiempo predeterminado, para evitar consecuencias imprevisibles.
- E. Descartar, antes de la intervención, acciones de riesgo eludibles, salvo que se presenten de forma inminente para el equipo o para el receptor de la intervención.

- F. Eliminar de la escena elementos ajenos con cierta carga precipitante de la crisis (por ejemplo, una familia muy nerviosa).
- G. Organizar el nivel de seguimiento, para que cuando se resuelva la situación crítica, haya un dispositivo que permita la atención y normalización de la situación.
- H. Evaluar la aparición de riesgos a terceros no implicados.
- I. Mantenerse en el marco de la legalidad vigente.

Recuerda

- Hay una progresión desde la ideación suicida, hacia el intento autolítico que puede llevar a que el suicidio se consume.
- No todos los suicidas son enfermos mentales.
- La mayoría de los suicidas muestran directa o indirectamente su intención de suicidarse antes de la tentativa suicida.
- Cualquier intento de suicidio debe considerarse como realizable; lo cual implica prestar atención al mismo.
- El acercamiento a un suicida debe ser cuidadoso, especialmente si todavía puede consumir el intento autolítico.
- Hablar sobre el suicidio con la persona que tiene ideación suicida, no incita a cometerlo.
- Hay que cuidar especialmente el acercamiento al suicida, para que se pueda proseguir con el resto de la actuación.
- En algunos casos puede ser conveniente comenzar por aspectos ajenos al suicidio o a sus desencadenantes concretos, hasta haber establecido una mínima relación con el suicida.
- El objetivo no es evitar que se repita el intento de suicidio, sino que se anule la intención de hacerlo en ese momento o aplazarlo.
- Buscar elementos que ayuden a la persona a replantearse el acto suicida o a posponer su decisión (familia, hijos, trabajo...).
- Encontrar objetivos satisfactorios que pueda tener el paciente (inmediatos o a largo plazo).
- No dejar nunca solo a un suicida tras haber realizado una actuación con él: procurar que alguien de su red social permanezca con él/ella o facilitar la valoración de un médico respecto a un ingreso hospitalario.
- La prevención de la consumación del suicidio se encuentra en la detección precoz y en una actuación rápida y certera.
- La familia pueden ser contenedora o facilitadora de la crisis suicida.

Para complementar

- Alvira Martín, F. y Canteras, A. (1997) *El suicidio juvenil*. Madrid: Instituto de la Juventud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Baca, E.; Díaz-Sastre, D.; Severino, A. y Saiz, J. (2000) "Impulsividad, agresividad y conducta suicida". *Aula Médica Psiquiátrica*, 5, 259 – 289.
- Calvert, J.F.; Goetz, R.R. y Glidewell, B. (2001) Monografía nº 239: Problemas psiquiátricos frecuentes: el suicidio. American Academy of Family Physicians. Barcelona: Medical Trends. (Original 1999).
- Dunne, E.J.; McIntosh J.L. y Dunne-Maxim K. (Eds.) (1987). *Suicide and its aftermath. Understanding and counselling the survivors*. Nueva York: Norton.
- Farberow, N.L. (1985). "Youth suicide: a summary". En M.L. Peck, N.L. Farberow y R. Litman (Eds.), *Youth suicide*. Nueva York: Springer.
- Fernández, J.J. Actitud ante el suicidio y conductas autolesivas. Servicio UVI móvil Zaragoza. Saludalia.com URL disponible en: http://www.saludalia.com/Saludalia/web_saludalia/urgencias/doc/documentos/doc/suicidio2.htm
- Gallar, M. (2001) *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo.
- García Resa, E. y Braquehais, M.D. (2003) *El paciente suicida*. En: Chinchilla, A.; (Coord.) *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Masson.
- Grivois, H. (1989) *Urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Masson.
- Junta de Castilla y León. (1993) *Plan sectorial de Prevención y Atención a conductas suicidas de Castilla y León*.
- León, M.; León, M.T.; Mateos, R.; Mateos, G. y Castillo, M.D. (2003) "Detección del intento suicida en urgencias". En: León, M. (Coord.) *Psicología y Hospitalización. Atención en Urgencias*. Jaén: Formación Alcalá.
- Moreno, R.; Peñacoba, C.; González-Gutiérrez, J.L. y Ardoy, J. (2003) *Intervención psicológica en situaciones de crisis y emergencias*. Madrid: Dyckinson. Universidad Rey Juan Carlos.

- Organización Mundial de la Salud (1969) *Prevención del suicidio*. 35. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1976) *El suicidio y los intentos de suicidio*. 58. Ginebra: OMS.
- Paolo Coelho (1998) *Veronika decide morir. Una novela sobre la locura*. Barcelona: Planeta.
- Pascual, P.; Villena, A.; Morena, S.; Tellez, J.M. y López, C. (2005) El paciente suicida. Guías clínicas. Fistera.(5), 39. URL disponible en <http://www.fistera.com/guias2/PDF/Suicida.pdf>
- Rojas, E. (1984) *Estudios sobre el suicidio* (2ª Ed. Rev.) Barcelona: Salvat.
- Ros Montalbán, S. (coord.) (1998) *La conducta suicida*. Madrid: Arán.
- Sarró, B.; Surribas, C. y De la Cruz, C. (1988) "Suicidio, imitación e información". *Jano*. 2 (9), 61-64.
- Sarró, B. y De la Cruz, C. (1991) *Los suicidios*. Barcelona: Martínez Roca.
- VV. AA. (1986) *El hombre en crisis y relación de ayuda*. Madrid: Asetes.

Referencias bibliográficas

1. Acinas, M.P. (2004). "El paciente suicida". En Acinas, M.P. (coord.) *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario. Volumen 2: Actuación en situaciones de urgencias y emergencias*. Jaén: Formación Alcalá.
2. Corberá, M. y Sarasa, M.D. (2003). "Manejo del paciente suicida en urgencias". En: Civeira, J.; Pérez, A. y Corberá, M.; (Eds.) *Urgencias en Psiquiatría*. Faes Farma. Madrid: Grafimac.
3. Hawton, K. (1986). "Suicide and attempted suicide among children and adolescents". En: *Developmental Clinical Psychology and Psychiatry*. Londres: Sage.
4. OMS (2002) *Multisite intervention study on suicidal behaviours – Supre-Miss*. World Health Organization. URL disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/64.pdf

5. Pfeffer, C. R. De (1986). *The Suicidal Child*. Nueva York, USA: The Guilford Press. URL disponible en www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03831.pdf
6. Mardomingo, M.J. y Catalina M.L. (1992). "Intentos de suicidio en la infancia y en la adolescencia: características epidemiológicas". *Anales Españoles de Pediatría*; 37 (1), 29-32.
7. Elkind, D. (1998). *Reinventing Childhood: Raising and Educating Children in a Changing World*. Modern Learning Press.
8. Muñoz, F.A. (1999); *Intervención psicológica en el suicida extrahospitalario*. Revista Psiquis; 20 (5): 203-206.
9. Freeman, A. y Reinecke, M.A. (1995). *Terapia cognitiva aplicada a la conducta suicida*. Bilbao: Desclee De Brouwer.
10. Alda, J.A; Sibina, S. y Gago, A. (2006). "Conducta suicida". En: Alda, J.A. *Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente*. Barcelona: Masson-Elsevier.
11. Ayala, G.; Martí, J.B.; Pérez, M.T. y Rodes, F. (2005). "El médico de cabecera y el suicidio". *Psiquiatría y Atención Primaria*, 6(1), 23-27.
12. *Guía y plan de prevención, con estrategias para antes, durante y después del intento de suicidio*. Hospital Sant Pau de Barcelona. URL disponible (Consultada el 24/09/06) en: <http://www.suicidio-prevencion.com/>
13. Pérez Barrero, S.A. (2007). *¿Cómo evitar el suicidio en los adolescentes?* E-Book. Psicología on line. URL disponible en <http://www.psicologia-online.com/ebooks/suicidio/index.shtml>
14. Miguel Lillo, A. De y Muñoz Prieto, F.A. (1998). Aspectos conductuales de la intervención en crisis. En *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*. 25 (6): 177-181.

Enlaces web

www.ine.es/inebase/cgi/um

Página del Instituto Nacional de Estadística, con datos actualizados sobre el suicidio en España

www.suicidology.org/SuicideStatistics.1997.htm

Refleja estadísticas de la Sociedad Americana de Suicidología.

http://www.psych.org/psych_pract/treatg/pg/Practice%20Guidelines8904/SuicidalBehaviors.pdf

Suicidal behaviors (idioma: inglés)

http://www.who.int/mental_health/media/en/63.pdf

Prevención suicidio en escolares Estrategia SUPRE de la OMS Adolescentes.

<http://www.omh.state.ny.us/omhweb/spansite/speak/SpanSPEAKQA.pdf>

KIT preguntas y respuestas en el suicidio Oficina de Salud mental del estado de Nueva Cork.

http://www.psiquiatria.com/congreso/2006/trastornos_infantiles/articulos/24886/part2/?++interactivo

Intervenciones en caso de las tentativas de suicidio y suicidios consumados en la infancia y la adolescencia.

http://www.psiquiatria.com/congreso/2006/trastornos_infantiles/articulos/24884/

Las conductas suicidas en la infancia y la adolescencia: Aproximación actualizada al tema.

http://www.suicidioprevencion.com/pdf/planprevencion_esp.pdf

Plan de prevención en Barcelona.

<http://dbsalliance.hispanicare.com/info/suicide.html#Some%20facts%20about%20treatment>

Prevención de suicidios. DEBSA

www.afsp.org/Factsaboutsucide.htm

Página de la Fundación Americana para la Prevención del Suicidio.

www.deasapiens.com/psicologiaclinica/factores_%20riesgos_suicida%20_%20ancianos.htm

Sobre el suicidio en ancianos y tercera edad

www.psicologiaparatodos.com/psicologia

Contiene algunos artículos de divulgación sobre el suicidio.

www.e-mergencia.com

Incluye el artículo: JIMÉNEZ GUADARRAMA, L.R.; *Intervención psicológica en amenaza de suicidio*.

www.cuadernosdecrisis.com

Permite la suscripción gratuita a la revista electrónica sobre aspectos relacionados con crisis psicológicas, especialmente emergencias y catástrofes...

Recursos audiovisuales

Mujeres al borde de un ataque de nervios. España 1988. Director Pedro Almodóvar. Duración: 90'. Temas: Situaciones que pueden desencadenar una crisis, estrategias de afrontamiento, apoyo social en situaciones de crisis, reacciones de ansiedad y su manejo en condiciones difíciles.

París-Tombuctú. EE.UU. 1991. Director Luis García Berlanga. Duración 107'. Temas: intentos múltiples de suicidio, huida y búsqueda de alternativas, esperanza de vivir.

La chica del puente. (La fille sur le pont) Francia. 1999. Director Patrick Leconte. Duración 90'. Temas: suicidio en curso, estrategias de intervención, búsqueda de alternativas, cambios en la vida.

Mumford; algo va a cambiar tu vida. EE.UU. 1999. Director Lawrence Kasdan. Duración 111'. Temas: ideación suicida, importancia de la escucha activa, soledad e incomunicación en la sociedad, estrategias personales ante crisis en la vida.

Inocencia Interrumpida. EE.UU. 1999. Directora: Janes Mangold. Duración: 122' Temas: intentos de suicidio e ingreso posterior. Trastorno de Personalidad Límite, funcionamiento de instituciones psiquiátricas, (+13).

Virgenes Suicidas. EEUU. 1999. Directora: Sofia Coppola. Duración 96'. Temas: Suicidio en hija de 12 años, influencia en hermanas, suicidio por imitación, influencia del suicidio de alguien cercano en la adultez. Basada en la novela de Jeffrey Eugenides del mismo título.

Los límites del silencio. (*The Unsaid*) EEUU 2001. Duración 100'. Temas: suicidio de un hijo, pérdida de un hijo en un psicólogo, repercusión del suicidio en la vida personal y familiar-laboral.

Wilburg se quiere suicidar. (Wilbur Begår Selvmord) Dinamarca. 2002. Director: Lone Schefrin. 95'. Temas: Búsqueda de la felicidad, intentos autolíticos, ayuda familiar (hermano) para contener intentos suicidio.

El regalo de Silvia. España 2003. Director: Dionisio Pérez Galindo. Duración: 90'. Temas: Suicidio adolescentes, búsqueda de sentido a la vida y razones para vivir, suicidio y donación de órganos. (TP).

10 Gestión de emergencias con comportamiento violento

M^a Patricia Acinas Acinas

Fernando A. Muñoz Prieto

Enrique Parada Torres

Los objetivos de este capítulo son:

- Aprender a reconocer signos de comportamiento violento para disminuir su progresión desfavorable.
- Aplicar procedimientos sencillos que permitan minimizar conductas violentas y sus consecuencias.
- Emplear técnicas de intervención adaptadas a las características de la violencia /agresividad mostrada por la persona.
- Conocer momentos en los que es necesario ayuda /apoyo externo, para evitar daños a la persona violenta, intervinientes o terceras personas.

Se ha producido un choque en cadena entre varios coches en una carretera nacional de dos sentidos por carril y con los dos sentidos en la misma calzada.

Los coches implicados sólo tienen golpes en la chapa más o menos importantes, pero ninguna persona ha resultado herida de importancia; los ocupantes de los vehículos se echan la culpa unos a otros respecto a lo sucedido. Los ánimos empiezan a caldearse y la guardia civil debe intervenir para evitar que las personas lleguen a las manos. Intentan apartar a las personas implicadas haciendo que cada una vuelva a su vehículo y mantenga las ventanillas del coche cerradas, mientras se aclara lo sucedido y toman datos de todos los turismos implicados.

Cuando los guardias van comprobando el estado de cada vehículo una de las personas que iba de copiloto en un vehículo se queja de dolor en el cuello y se solicita asistencia médica.

Pasados unos minutos el conductor del vehículo en el que viajaba la mujer con dolor cervical sale del coche con una barra de hierro y rompe los cristales del coche de la Guardia Civil e intenta pegar a uno de los agentes... porque la ambulancia tarda en llegar.

1. Introducción

El victorioso tiene muchos amigos, el vencido buenos amigos.

(Proverbio mongol)

La violencia forma cada vez más, parte de nuestras vidas; se habla de violencia en el deporte, de robo con violencia, de violentar a una persona (cuando se le hiere en sus sentimientos o se le pide algo que va contra su código de valores). El cine nos presenta cada vez con más crudeza y realismo escenas de violencia explícita, que presencian los niños, cada vez a más temprana edad.

El uso de la agresividad puede ser útil en disciplinas deportivas de combate (artes marciales, boxeo...), pero no es efectivo en las relaciones personales.

A nivel social hay una actitud de repulsa y rechazo hacia situaciones como la violencia de género y las agresiones sexuales. Actualmente empiezan a difundirse desde diversos organismos programas de ayuda psicológica para maltratadores y agresores sexuales.

Concretando, por un lado hay un incremento de las manifestaciones de la violencia y se están empezando a tolerar e incluso imitar ciertos modelos de comportamiento agresivo; aunque se admite que hay alternativas no violentas para relacionarse con otras personas de manera cotidiana. Sin embargo no disminuyen las expresiones de violencia y algunas personas usan cada vez más este comportamiento para conseguir lo que se proponen: por falta de habilidades, por presenciar que otras personas obtienen lo que desean de esta manera, por estilo de relación...

Todo el mundo puede ponerse agresivo en un momento dado; pero hay personas que conservan la calma durante mucho tiempo mientras otras, enseguida se ponen a la defensiva. Para que se produzca la explosión violenta es necesario que la persona experimente pérdida de control de su situación...

En urgencias o emergencias, los intervinientes pueden acudir a situaciones en las que haya un componente violento, desafiante en la solicitud de atención; aunque la violencia no sea el elemento principal que lo defina. Entonces el emergencista debe decidir si actúa, o no actúa porque hay riesgo para su integridad física.

En las actuaciones con presencia de violencia se generan, en quienes actúan, unos altos niveles de miedo, recelo o ansiedad. Además, es necesario actuar con prontitud, con poca información y hay que tomar rápidamente medidas de protección adecuadas. El componente emocional unido a la presión para una actuación rápida y las implicaciones legales, hace que se convierta en una situación de alta complejidad en su manejo.

En este capítulo vamos a exponer algunas estrategias útiles que pueden aplicar los distintos perfiles profesionales de la emergencia, en diversos momentos y circunstancias, para favorecer la resolución de la situación y la minimización de daños personales.

Descripción de un caso:

Fermín es el dueño de un precioso perro pastor alemán. Está tarde se ha puesto a pegar a su perro con un palo; parece que ha habido algo que no le ha salido bien y ha empleado esa forma de desahogarse.

Andrés, un vecino, se ha acercado a Fermín para que dejara de pegar al perro, que no tiene ninguna culpa, pero Fermín la ha emprendido a golpes con su vecino también y ha tenido que ser ingresado en el hospital.

Comentarios de Actuación:

Ante la visión de una conducta violenta manifiesta, la actitud debe ser de extraordinaria prudencia, ya que si una persona tiene una conducta físicamente agresiva, en este caso ante un animal, debemos plantearnos que podría ser potencialmente también agresiva ante una persona que intentara evitar su conducta. La adopción de medidas de autoprotección física básica, así como un manejo psicológico verbal adecuado, es imprescindible.

2. ¿Qué hace que la gente se ponga violenta?

Antes de proseguir, vamos a diferenciar entre lo que supone agresividad, violencia y agitación¹:

- *Persona agresiva.* Manifiesta una conducta auto o heteroagresiva (hacia sí mismo o hacia otros, respectivamente), intencionalmente dirigida a provocar daño físico o psicológico, consistente en gestos, amenazas verbales, agresión física con o sin armas... Puede ir dirigida contra sí mismo, el mobiliario u objetos o contra las personas presentes y puede estar asociada a múltiples causas.
- *Persona violenta.* Muestra de manera más o menos manifiesta, hacia sí mismo u otros, hostilidad, brusquedad y tendencia a la destrucción. La violencia se circunscribe al campo de la conducta humana (no se da entre los animales); denota una planificación y el uso de la fuerza o la superioridad hacia la otra persona.

- *Agitación psicomotriz.* Se produce un aumento exagerado de la actividad motora (acompañado a veces de activación vegetativa): intranquilidad psíquica, aumento inmotivado, desproporcionado, improductivo y desorganizado del movimiento. Puede aparecer en varios síndromes psiquiátricos, aunque también puede deberse a una enfermedad médica.

En las reacciones de violencia hay un aumento de los impulsos agresivos, un aumento de la reactividad emocional frente a los estímulos externos y un fallo en los mecanismos que controlan los impulsos².

Descripción de un caso:

Jaime ha sido asistido por una ambulancia de soporte vital avanzado (SVA) por obstrucción total de la vía aérea tras ingerir una pequeña pelota que le ha dejado sin respiración durante unos minutos; tras realizar las maniobras de desobstrucción sin éxito el equipo liderado por Marcelo, el médico de la ambulancia, deciden realizar una cricotirotomía (incisión a la altura del cartílago de la nuez para insertar un pequeño tubo que ayude a respirar a Jaime).

Tras haber recibido el tratamiento de emergencia y ya recuperado Jaime propina un puñetazo a Marcelo, el médico que realizó el tratamiento y a la enfermera que ayudó en el procedimiento. Dicen los familiares de Marcelo que sólo quería llamar su atención, porque el día anterior discutieron con él y que le ha debido molestar que le hicieran el corte en la garganta.

Comentarios de actuación:

La situación en que nos encontramos es debida al menos a los siguientes factores: la existencia de una negación de los derechos legales y asistenciales del paciente por parte de dos profesionales, un limitado autocontrol cognitivo y conductual de Jaime ante la situación planteada y una inadecuada previsión por parte de los profesionales de que dicha conducta pudiera producirse ante la intervención realizada.

Los factores relacionados con la presencia de conducta violenta son los que se exponen más abajo:

1. *Edad*: La conducta violenta es más frecuente en la adolescencia e inicio de la adultez.
2. *Género*: Los varones son más proclives que las mujeres, por aspectos educacionales.
3. *Variables biológicas*. Niveles alterados de neurotransmisores, hormonas, alteraciones cromosómicas...
4. *Inteligencia*: Hay relación entre baja inteligencia y la violencia impulsiva.
5. *Abuso de sustancias*: Puede acompañar la conducta violenta y potenciar sus resultados.
6. *Déficit del control de impulsos*: Las personas violentas presentan historia de impulsividad, como dejar la escuela, el trabajo...
7. *Historial delictivo*: Conducción temeraria, asaltos y agresión, malos tratos, provocación de incendios...
8. *Historia de persecución personal*: Las personas que han sufrido agresiones son más proclives a comportarse de forma violenta. La violencia puede ser una repetición de anteriores situaciones violentas.
9. *El grupo de iguales*: Estar con personas semejantes a nosotros puede desencadenar conductas que no se llevarían a cabo si el sujeto estuviera solo.
10. *Disponibilidad de medios para ejercer la violencia*: Tener armas y saber cómo usarlas.
11. *Foco claro de agresión*. Cuando hay una víctima identificable, o cualquier objeto o propiedad blanco de la agresión o un chivo expiatorio.
12. *Ciertas patologías psiquiátricas*: Como la esquizofrenia paranoide, el trastorno delirante y algunos trastornos de personalidad, del control de impulsos.
13. *Algunas enfermedades neurológicas degenerativas*. Ej.: Alzheimer. En pacientes geriátricos son frecuentes los arrebatos agresivos.

El mejor predictor del comportamiento violento es la existencia previa de éste, con un resultado "exitoso".

La mayor parte de las crisis agresivas se producen en sujetos sin trastorno psicológico; y obedecen más a circunstancias puntuales. A veces, ante una pérdida, puede haber manifestaciones internas de tristeza y duelo, y manifestaciones externas de ira y agresividad.

También, un arrebató de violencia puede llegar a crear una experiencia traumática para víctimas y observadores. Aún así puede haber un trastorno médico y/o psicológico subyacente. La agresión es una reacción a una experiencia de amenaza y una amenaza en sí misma. Puede haber una asociación entre impotencia y agresión³ que se refuerza por sí misma.

Un grupo de amigos han ido a un cotillón de Nochevieja y lo estaban pasando muy bien; son las 5:30 am y los ánimos empiezan a estar caldeados; algunos chicos han bebido bastante cantidad de alcohol y empiezan a bromear con las chicas que había sentadas en unas sillas.

El novio de una de las chicas, Germán, que había ido a pedir un vaso de agua se enfada porque al traer el vaso de agua a su chica Tere, ve que a su chica le han dicho una grosería que la ha hecho sentir incómoda y se encara con el muchacho que lo ha dicho.

Germán y el muchacho se ponen a discutir acaloradamente. Pasados unos momentos el novio de Tere, ante la impotencia de “poner en su sitio” al que considera un maleducado y un “mamarracho” empieza a tirarle objetos a la cabeza. El chico y sus amigos responden agrediendo a Germán ante la mirada atónita de Tere y del resto de las personas que se encuentran en ese momento allí.

El dueño del local avisa a la policía (y/o a los servicios sanitarios, porque algunas personas han recibido golpes y tienen cortes y heridas).

3. Las edades de la conducta violenta

3.1. Niños violentos

En relación a la conducta violenta que muestran los menores, es necesario plantearse por qué el niño o adolescente requiere esa

atención urgente, ya que la demanda de atención suele proceder de un adulto (padre, educador de un centro de menores, policía...), que a veces puede describir de manera muy diferente los motivos de su solicitud de asistencia.

Las condiciones en que puede presentarse la necesidad de actuación con el niño /adolescente violento pueden ser complejas: a veces se presenta la demanda en fin de semana o en horario nocturno, sin que los adultos responsables hayan sido localizados. Los servicios de emergencia pueden haber sido avisados en contra de la voluntad del menor, lo que favorece que se oponga más a cualquier tipo de acercamiento y que se niegue a dar cualquier clase de información de lo que ha sucedido para favorecer el abordaje de la situación. Junto a la negativa a colaborar puede aparecer un déficit del control de impulsos.

Según Mardomingo, Sanchez y Catalina², las crisis de agitación pueden ser un modo habitual de respuesta del adolescente ante la frustración; aunque puede darse de manera restringida en un solo ambiente, también puede aparecer en cualquier ámbito y época del año; por ello es necesario establecer cuáles son los aspectos más graves y desestabilizadores de las manifestaciones violentas.

Muchos niños pueden ser agresivos o violentos en un ambiente, (por ejemplo en el colegio, con auténticas conductas de bullying), y no presentar tales manifestaciones en otros casos (por ejemplo en su casa con su familia). Por lo que una actitud agresiva u hostil o un episodio aislado no es indicativo del comportamiento habitual o de la necesidad de hospitalización psiquiátrica.

En la adolescencia, además, las manifestaciones de conducta violenta suelen estar asociadas al consumo de sustancias. Esto complica la actuación en la emergencia, hasta que se conoce la sustancia, o mezcla de ellas, que ha favorecido la explosión violenta.

En algunos casos se mezclan además comportamientos del tipo de promiscuidad sexual, peleas, incluso conducción temeraria sin tener la edad legal para conducir, rencillas entre tribus urbanas, adolescentes que son obligados a romper mobiliario urbano o a hacer daño a otros (incluyendo agresiones sexuales), la violencia en el deporte, etc.

También es conveniente tener en cuenta antecedentes de agresividad y el resultado que ha tenido la misma (por ejemplo si ha conseguido lo que se proponía o no). Por ello en muchos casos, es útil obtener información a través de otros adolescentes que pueden acompañar al que es objeto de atención urgente.

Tampoco podemos olvidar que hay niños y jóvenes que viven en un medio familiar y social en que la violencia se emplea para obtener algo que se desea, pero luego, en otros ambientes, no la usan para conseguir sus objetivos.

3.2. *Adultos violentos*

En la conducta agresiva y violenta de los adultos hay más factores ambientales implicados y muchas veces concurren enfermedades mentales o diagnósticos psiquiátricos, que pueden complicar la identificación del origen de la conducta que ha originado el déficit del control de impulsos.

Benita tiene 78 años, hace 7 años le diagnosticaron una demencia tipo Alzheimer. En los últimos años ha perdido mucha autonomía y sus déficits cognoscitivos hacen que apenas reconozca a nadie de las personas que acuden a visitarla a su casa.

Esta mañana, se ha levantado y su hija Miriam la ha aseoado, ha dado de desayunar, y la ha dejado viendo la televisión mientras friega los cacharros del desayuno. Cuando Miriam vuelve al salón con su madre, ésta afirma que su hija, (quien le ha estado cuidando los últimos 7 años), es una desconocida; amenaza con pegarla si no se va, la insulta y le dice que es una ladrona que quiere llevarse todo su dinero y que no sabe cómo ha entrado en su casa, pero cómo vuelva a entrar la echa a patadas.

Empieza a arañar y escupir a su hija (que para ella es una extraña), para que se vaya de la casa. Miriam se aparta llorando al mismo tiempo que llega una vecina que ha escuchado los gritos, a la que sí parece reconocer.

Hay otros factores que hay que tener en cuenta en adultos, como un posible mal control de una enfermedad mental subyacente, incumplimiento terapéutico, antecedentes de conducta violenta (y si éstos han tenido consecuencias legales), disponibilidad de armas para incrementar el daño infringido a otros, etc.

*De todos los animales, el hombre es el único cruel,
que infringe dolor por placer.*

Mark Twain

La violencia que no se debe a una enfermedad se planea y ejecuta de manera más deliberada y suele producir un beneficio. Este tipo de violencia tiene difícil manejo y debe empezar por enseñar a la persona a respetar ciertos límites.

Para concretar, podemos decir que en los comportamientos violentos intervienen factores de tres tipos: individuales (temperamentales, cognoscitivos, de afrontamiento...), familiares y sociales, que se influyen mutuamente.

El perfil de la persona que manifiesta comportamiento violento es: varón, joven con falta de apoyo social y con antecedentes de conducta violenta.

Descripción de un caso:

Se produce una manifestación de personas en la vía pública, exigiendo sus derechos por una vivienda y un trabajo digno para los jóvenes. Algunas personas dentro de la masa de personas que se manifiestan se vuelven agresivas. Se avisa a la policía para que intervenga. La situación se empieza a complicar y se producen disturbios callejeros, personas que rompen mobiliario urbano, queman contenedores...

Comentarios de actuación:

Cuando se forma un grupo en el que confluyen intereses y además quieren reclamar servicios o prestaciones a las Autoridades, pueden darse manifestaciones violentas. Si en el grupo

existen sujetos violentos o con predisposición a la realización de conductas violentas, se pueden sentir protegidos/refugiados por el grupo y por su posible anonimato dentro del él. Esto facilitaría la realización de conductas violentas, especialmente si ante la realización de las mismas, el resto del grupo no las recrimina o si otros miembros del mismo, por imitación o efecto de “bola de billar”, comienzan a realizarlas.

4. Personas violentas con sus consecuencias

La violencia es el último recurso de la incompetencia.
(Asimov)

Se tiene la idea de que los enfermos psiquiátricos son más violentos que la población general, pero sólo son responsables de un pequeño porcentaje de las conductas violentas⁴. Dentro de la población psiquiátrica es más frecuente que entre la población general la presencia de manifestaciones de conducta violenta, porque algunos trastornos mentales están acompañados de este tipo de características.

En general, ante una conducta violenta, se pueden sospechar causas de dos tipos: *psiquiátrica* (generalmente hay antecedentes) u *orgánica-médica* cuando no hay antecedentes psiquiátricos, inicio brusco, existencia de intoxicación por sustancias, interrupción de un tratamiento médico, confusión... Por otro lado el uso de sustancias, como el alcohol y estimulantes, producen un estado de euforia y desinhibición que puede favorecer la agresividad.

La agitación orgánica se diferencia del resto porque hay disminución del nivel de alerta.

La conducta violenta comienza a tener importancia *desde que alguien solicita la ayuda*: quién llama, relación con la persona violenta, circunstancias que describe, causas a las que atribuye la conducta

agresiva, momento del día, aspectos ambientales que la han desencadenado... La *información previa* a la llegada al lugar de actuación facilita la planificación (desde que se tiene conocimiento de la situación hasta que se llega al lugar de intervención) y el establecimiento de prioridades.

La *prudencia* debe guiarnos en todo el proceso para evitar intervenciones precipitadas o imprudentes. Si la demanda de atención se produce respecto a una *persona conocida* (usuario habitual de los servicios de emergencia), la información previa de que se dispone puede facilitar la actuación sin riesgos.

Las causas de la conducta agitada, agresiva y violenta pueden ser psiquiátricas, orgánicas y derivadas del consumo de sustancias.

Las personas violentas que han mostrado tener una pobre *conciencia de las consecuencias* de sus actos, generan menos soluciones a los problemas que han producido con su comportamiento.

5. Cómo actuar con una persona agitada

La agitación es una alteración del comportamiento motor acompañada de gesticulación; no es sinónimo de violencia, pero entorpece considerablemente la acción del profesional... Hay que tomar precauciones con estas personas porque se puede generar cierta tensión cuando se quiere poner fin a su agitación. La intervención debe ser inmediata y coordinada, con el objetivo de controlar la situación⁵.

Ante un paciente agitado, lo primero que debe descartarse es que sufra un problema médico (orgánico), no psiquiátrico; por lo que se recomienda una evaluación médica, y pediátrica en los menores.

Elvira ha venido a la playa a disfrutar de su primer día de playa en muchos años. Está deseosa de probar el agua del mar y de nadar un poco. Observa que hay bandera amarilla pero se considera buena nadadora y se adentra en el agua. Mientras está en el agua observa que están colocando la bandera de color rojo. Se dice a sí misma que sale en cuanto esté frente al lugar donde ha dejado su toalla en la playa, pero antes de llegar empieza a notar pinchazos en las piernas. Se da cuenta de que está rodeada de medusas y sale como puede del agua.

Está experimentando un dolor importante por las múltiples picaduras de medusa en todo el cuerpo. Se pone agitada y la emprende a golpes con Daniel, el socorrista que está ayudándola y con los demás usuarios de la playa y, especialmente cuando uno le dice que se queja por quejarse, porque no es para tanto lo que le ha pasado.

Daniel, el socorrista observa que Elvira llega una placa colgada del cuello, no sabe si es alérgica a algo o padece alguna enfermedad (y nadie parece conocerla para preguntárselo), pero ella se agita tanto debido al dolor, que se plantea avisar a una ambulancia medicalizada.

Las causas de la agitación psicomotriz deben descartarse siguiendo un orden; algunos autores⁶ han planteado hacerlo siguiendo criterios de causa orgánica, psiquiátrica y reactiva (por este orden); nosotros vamos a emplear otros criterios dando importancia a estos factores, como causa:

- *Tóxica*: voluntaria o involuntaria (consumo voluntario de drogas, inhalación de tóxicos o entrada involuntaria de tóxicos en el organismo vía inhalatoria o cutánea, etc.).
- *Orgánica*: neurológica, endocrina, cardiológica, etc., ya sea con sintomatología psicótica o no psicótica asociada (ansiedad, trastornos de personalidad, retraso mental, causas psicógenas...).

- *Reactiva*: en situaciones catastróficas, muerte súbita de familiares, o situaciones de relativa desconexión sensorial o privación de estímulos.

Descripción de un caso:

Se ha avisado a Serafín y Jorge, personal del helicóptero de montaña, para efectuar el rescate/traslado al hospital de Julián, un montañero experimentado pero que ha sufrido las inclemencias del tiempo y la dureza de la montaña: ha resultado herido tras una avalancha de nieve.

Serafín y Jorge han accedido a un lugar difícil para rescatar a Julián; el rescate ha sido arriesgado. Julián, el montañero, tiene hipotermia; se empieza a agitar debido al malestar que siente por lo ocurrido y Serafín y Jorge no saben qué hacer para disminuir su agitación.

Comentarios de actuación:

Ante una situación en la que la persona está herida, ha estado o está en un lugar de difícil rescate o acceso por parte de los servicios de emergencia con el tiempo de espera asociado, es potencialmente probable la aparición de sintomatología ansiosa; y ante una mala evolución la presencia de un cuadro de agitación psicomotriz con pánico asociado. Las medidas de soporte psicológico inicial son básicas, tanto para la reducción de la sintomatología presente en la persona, como para limitar la posibilidad de desarrollo de conductas potencialmente peligrosas, ante la intervención física del personal interviniente.

Cuando una persona deambula de un lado a otro, inquieta, agitada, las pautas útiles serían:

- *Invitarle a sentarse y charlar. Sentarse con él/ella* para que hable de la causa de su nerviosismo.
- *Hablar con el familiar más cercano*, que nos informe de las condiciones de aparición de la conducta actual y si ha habido conductas similares anteriormente.

- Cuando la agitación es importante puede ser útil una *contención* que implique la sujeción del sujeto sin ser demasiado constrictiva.
- Si estamos en un accidente: *encargarle una tarea sencilla, rutinaria, monótona*. (Ej: sujetar la puerta del coche, retirar ramas a un lado...) o mandarle que se pasee por algún sitio seguro o que traiga alguna herramienta u objeto (que no impliquen ningún peligro o puedan favorecer la escalada violenta).

*Con el paciente agitado hay que hablar suavemente
y sin emitir juicios.*

6. Cómo actuar con una persona violenta

6.1. Antes de la actuación directa

6.1.1. Lo primero, autoprotegerse

Lo primero es salvaguardar la seguridad de todos los miembros del equipo; sino no hay actuación posible. *Pedir ayuda* a policías, guardias civiles, guardias de seguridad, etc... como prevención: Cuando ya se ha desencadenado la agitación o agresividad, la petición de ayuda es más compleja si uno está intentando desembarazarse de una persona con una fuerza descomunal con mayor peso y volumen que nosotros. A veces la sola presencia de estas figuras les impone respeto y no suelen arriesgarse a ponerse agresivos; pero hay excepciones en que les puede molestar aún más.

Para extremar las medidas de autoprotección, debe mantenerse en todo momento una *distancia mínima de seguridad* y *unas vías de salida abiertas*. Un primer paso sería contar con personal formado y entrenado en el manejo de este tipo de situaciones (lo cual no siempre es posible). Todas las personas que formen parte en la intervención (equipo de ambulancia, bomberos, policías...) deben estar *coordinadas* y tomar las medidas oportunas según la situación. El uso de material de protección física adaptado a la situación es un elemento a tener en cuenta.

Estar atento a posibles golpes en genitales y en el pecho (mujeres). Los objetos que nosotros llevamos pueden ser peligrosos: hay que tener cuidado con pulseras, anillos, pendientes (pueden engancharse y provocar desgarros fortuitos), pasadores de pelo, gafas... Si hay sospechas fundadas de que la persona tuviera acceso a armas de fuego, debe *valorarse la peligrosidad* que supone este hecho y extremar las precauciones.

Descripción de un caso:

Se produce un ajuste de cuentas entre bandas latinas rivales; hay una persona herida y otra fallecida en uno de los bandos. Se ha avisado a Policías y personal sanitario y ambos empiezan a intervenir. Uno de los implicados en la pelea está empuñando un arma. Miriam, la TEM de la ambulancia, al ver lo que ocurre se retira de la escena, para evitar que le hagan daño.

Comentarios de actuación:

Ante una situación de conflicto con alta peligrosidad, en este caso entre grupos, la primera medida es la salvaguarda de la integridad física del personal interviniente. Es recomendable valorar la posibilidad de no intervenir hasta que la situación de seguridad física esté garantizada por los cuerpos de seguridad públicos o personal de seguridad.

El material de trabajo del emergencista que pueda levantarse fácilmente (como el maletín de curas, una silla) puede servir como *escudo improvisado* ante un ataque fortuito.

Otra medida de seguridad es la posición del agente de ayuda: de pie, mantenerse en *posición de semiperfil* (ofrece menos zonas corporales sobre las que el sujeto puede hacernos daño), con las piernas abiertas una distancia similar a la separación de los hombros, con las manos delante flexionadas (en una posición cercana a la de boxeo, que facilite desviar golpes), bajar el mentón (para proteger la tráquea y arteria carótida). Los codos pegados al cuerpo protegen zonas corporales más vulnerables (hígado, bazo, plexo solar, corazón, costillas...).

6.1.2. Primera toma de contacto

Descripción de un caso:

En una situación de triage tras un Suicidio colectivo provocado por una secta que citó a sus miembros para matarse/matarles al mismo tiempo; las víctimas que se han salvado presentan lesiones físicas acompañadas de agresividad; hay personas que tienen quemaduras en más del 35% del cuerpo (algunas de tercer grado). La actuación con ellos a nivel de apoyo emocional se torna difícil.

Comentarios de actuación:

Ante una situación de suicidio o asesinato colectivo (en muchas ocasiones dentro de las sectas, lo que se realiza no es un suicidio de sus miembros, sino un asesinato colectivo al haber sido claramente inducidos o incluso ejecutados), las medidas de seguridad física son básicas. Hay que tener presente que si una persona ha intentado poner fin a su vida y no lo consigue, es probable que vuelva a intentarlo. Si hay personal interviniente que trate de impedirselo, puede comportarse de forma agresiva hacia el mismo para poder conseguir sus objetivos, especialmente si es una fase inicial y de primera toma de contacto.

Es muy útil prepararse mentalmente para la actuación: recordar actuaciones similares (si las hubiera), prepararse para cualquier eventualidad, plantear opciones o posibilidades... Es primordial la elaboración de un *plan prediseñado* de afrontamiento para la situación con conductas violentas¹: consigue evitar el desbordamiento de la situación y consecuencias indeseables para la persona, personal interviniente o terceras personas presentes. Hay que prever posibles evoluciones de la situación y anticiparse.

Planificar la actuación con la persona violenta antes de llevarla a cabo.

Al principio hay que observar bien la escena y tratar de neutralizar amenazas incipientes para nuestra seguridad. Antes de decidir acercarse a la persona hay que considerar el posible acceso de ésta a *objetos contundentes o arrojadizos*, que entrañen un peligro añadido a la situación. Puede tener guardados objetos lesivos o peligrosos, que puede usar contra las personas que pretendan acercarse a él (prácticamente cualquier objeto es potencialmente peligroso: tijeras, ceniceros, bolígrafos, cualquier objeto metálico “inofensivo”, abridores de cartas, jarras, líquidos calientes, arena o tierra...).

En los primeros momentos no se debe discutir ni responder a sus argumentos con una actitud hostil o desafiante.

Conocer bien el lugar y su distribución espacial. Si estamos con la persona agresiva en un lugar cerrado (su domicilio, una sala...) procurar que sea de suficiente amplitud; a ser posible con *dos salidas* y sin cerrojo interior (porque la persona agresiva puede tomar el control de la situación y atrincherarse con nosotros amenazando con hacernos daño si no se satisfacen sus peticiones); buscar un lugar con *posibilidad de ser oídos o vistos* si la situación se complica.

6.1.3. Cómo acercarse sin resultar dañado

En el lugar de actuación, *visualizar a distancia* las manifestaciones de violencia ofrece información útil para la actuación. La observación más cercana, manteniendo una distancia de seguridad, también proporciona información veraz. Además es recomendable fijarse en la *apariciencia física*, en la *posición de la persona* (alguien que se sienta en el borde de la silla y se aferra al reposabrazos puede tener agresividad latente); personas que incrementan o disminuyen las conductas agresivas y hacia qué o quién se dirigen, el tono de voz, si se pasea nerviosamente por el lugar...

Descripción de un caso:

Un grupo de marineros han permanecido en su barco a la deriva durante varios días. Están cansados, exhaustos y deshidratados; cuando son rescatados gritan a los equipos de salvamento marítimo por la “tardanza” desde que les vieron e intentan agredir a los que han venido a rescatarles.

Comentarios de actuación:

La situación de desesperanza cognitiva y física de las personas ante situaciones como ésta, y el que las necesidades primarias no estén cubiertas, puede facilitar que las personas desarrollen conductas de supervivencia primaria, mostrando conductas agresivas /violentas.

Para realizar el acercamiento físico con personas violentas puede ser útil la presencia inicial de *dos personas*, como mínimo; aunque, para facilitar el proceso, sólo uno se encargue de hablar con el sujeto. *Presentarse* (*Soy Mario Sánchez, sargento de bomberos, médico de urgencias, etc.*) es la primera tarea que debemos llevar a cabo cuando nos aproximemos al paciente. Aunque llevemos uniforme y todo el equipo, la persona tiene que tener claro quién está tratando de hablar con él. Preguntarle cómo podemos llamarle facilita la comunicación porque la personaliza.

Ante las reticencias iniciales a que se aproxime un extraño, debemos transmitirle que *nuestra intención es simplemente saber cómo está y si le podemos ayudar en algo*. La aproximación física y psicológica será *progresiva* salvaguardando la seguridad de los profesionales. Esperar a que haya un mínimo de calma antes de iniciar alguna acción.

En el acercamiento debemos *ver dónde están las manos de la persona y mostrar las nuestras*. Hablar mientras nos acercamos; podemos retroceder, cambiar de dirección, medir las distancias y los pasos que damos; se puede *comentar algo sobre un tema trivial, cotidiano o no conflictivo*, que nos sirva para entrar en contacto con él.

En los primeros momentos es fundamental mantener la distancia de seguridad y evitar el contacto visual fijo.

Es fundamental *inferir tranquilidad y seguridad a la persona*. Se consigue fundamentalmente con tono de voz tranquilo, expresiones faciales calmadas, gestos lentos y poco amplios... No se ha mostrado especialmente útil la estrategia de intervención en que un interviniente esté de parte de la persona y otro en contra, para tratar de ganarse la confianza del sujeto. Las reacciones del mismo pueden ser muy dispares y difíciles de controlar a corto plazo.

Podemos preguntarle de forma directa: *¿Puedo ayudarle en algo? ¿Cómo puedo ayudarle?* A veces la persona cesa su conducta para escuchar nuestra pregunta. Las *preguntas abiertas* de tipo general pueden ser un buen comienzo, que permita obtener información para la reducción psicológica. Otra ventaja que nos ofrece este tipo de cuestiones es que ayudan a conocer si sabe dónde está, quién es, en qué momento del día o del año está... Las preguntas cuyas respuestas son monosílabas no favorecen el acercamiento.

6.1.4. Detectar cuándo va a explotar la violencia

La conducta violenta es más frecuente de lo que pudiera parecer: algunos expertos estiman que la prevalencia de la conducta violenta está en torno al 25% de la población general⁷.

Es importante *estimar el nivel de violencia existente (verbal, física, intencional, manipulativa...)* y los resultados que se consiguen: llamada de atención, librarse de hacer algo que no le gusta, conseguir aliados...

Es fundamental valorar los riesgos potenciales para prevenir su aparición.

La información suministrada por familiares, cuidadores, acompañantes o amigos, es sumamente útil para entender lo que está ocurriendo y por qué, y para determinar la actuación que se lleva a cabo.

Descripción de un caso:

Félix es un buceador que después de haber estado trabajado durante un tiempo prolongado presenta hipotermia y un síndrome de descompresión. Es necesario darle tratamiento en cámara hiperbárica, pero hasta que le puedan trasladar a un lugar donde se encuentra una, es necesario darle soporte médico y emocional. Debido a las condiciones en las que se encuentra Félix, hay muchas dificultades para comunicarse y para poder ayudarlo.

Comentarios de actuación:

Los cambios psicofisiológicos en un síndrome de descompresión son intensos, así como la presencia de sintomatología psicológica asociada, que debe ser tratada desde el punto de vista orgánico-médico y con primeros auxilios psicológicos, en los primeros momentos.

Cuando se produce una situación en vía pública con ciertos índices de agresividad, la conducta de los curiosos, viandantes y mero-deadores es un factor a tener en cuenta: rodean el foco de la agresividad debatiéndose entre la urgencia de escapar a los posibles golpes y el ansia de presenciar la escena lo más cerca posible. Pueden sufrir daños, porque la explosión violenta es, a veces, imprevisible.

Si el sujeto está agresivo el problema es suyo; pero si yo, como profesional, me sobreactivo, el problema es mío también.

Es importante saber reconocer los signos de amenaza e inquietud en la persona. A veces, también, la situación emocional del profesional puede precipitar una interpretación agresiva de un acto cuando se trata simplemente de un gesto aislado. Las *manifestaciones agresivas* pueden ser verbales y no verbales:

Si hay presentes un buen número de los factores de la tabla siguiente, es posible que se produzca una conducta violenta:

<i>Actividad Psicomotriz</i>	<i>Postura</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Hiperactividad conductual, andar hacia un lado y otro con movimientos rápidos, ansiosamente. • Negativa a sentarse. • Incapacidad para permanecer en el mismo sitio. • Cambios bruscos e inexplicables de actividad. • Sobresaltos e inmovilización, que sugieren gestos de amenaza o de defensa. • Golpear puertas, mobiliario; destrozar algo. • Jugueteo nerviosamente con un objeto (anillo, bolígrafo, trozo de papel...). 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentarse en el borde de la silla, sin acomodarse. • Posición de pies en disposición de abalanzarse sobre alguien. • Sensación de estar crispado, tenso... • Permanencia inmóvil junto a una puerta. • Gestos agresivos: cerrar el puño, levantar el brazo, morderse los labios, agitar el cuerpo... • Alta tensión muscular. • Otros signos no verbales: Cara de crispación y enfado, movimientos de las cejas, mirada fija...
<i>Lenguaje</i>	<i>Aspecto físico</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Contenido del discurso, con palabras soeces, malsonantes, insultantes, tacos... • Cambios en el tono de voz. • Tono de voz chillón, agudo., • Hablando en voz alta, para que se entere mucha gente • Progresión del ritmo y volumen de voz. Habla más rápido. 	<ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones de abuso alcohólico: cara enrojecida, ojos vidriosos. • Apariencia de haber consumido otras drogas. • Cicatrices por cortes en varias partes del cuerpo.

Posteriormente pueden aparecer conductas y actitudes como las siguientes:

- Actitudes agresivas: pegar a familiares o agentes de ayuda, tirar objetos al suelo o contra personas...
- Actitudes decisivas: intentar tirarse por la ventana, salir corriendo, empujando a quien encuentre a su paso...

Siempre debe existir una *vía física, accesible, rápida y segura, para escapar* cuando la conducta violenta pueda suponer una amenaza clara para el equipo interviniente. No son adecuadas salidas que dan a otra habitación sin más puertas ni ventanas, patios interiores, ni *salidas de emergencia* que a menudo son poco seguras (pueden estar completamente bloqueadas).

Francisco es un preso que ha intentado fugarse de la cárcel, en repetidas ocasiones; se comporta habitualmente de manera agresiva, tanto con sus compañeros como con los funcionarios.

Es uno de los reclusos con los que más precauciones toma el personal del centro penitenciario (nunca dejan a un funcionario a solas con él encerrados en una sala, vigilan cuando se acerca en el patio a los internos con los que tiene más rencillas), si el psicólogo, médico, enfermero o trabajadora social deben hacer una intervención con él, avisan de que están con él y un funcionario permanece dentro o a la puerta por si fuera necesario actuar.

Hoy debe ser atendido en la enfermería por lesiones producidas por haberse tragado varias cuchillas de afeitar (tiene lesiones de consideración en el tubo digestivo). El médico de la prisión se pregunta si habrá sido un intento de suicidio (ha tenido algún intento serio anteriormente), una manifestación de su déficit de control de impulsos o simplemente una estrategia para salir de la cárcel por unos días.

Se puede intentar la *canalización de la conducta violenta* dando permiso al sujeto, en un ambiente controlado, para ponerse de pie y patalear, gritar, golpear repetidamente una almohada o cojín... Siempre bajo vigilancia de uno o varios intervinientes.

*El clavo que sobresale se encontrará con el martillo.
Proverbio Japonés*

6.1.5. Precauciones con personas violentas

Ante cualquier persona que presente una demanda de atención con conducta violenta debemos plantearnos si existe riesgo para sí o para otros, si porta armas o lleva sustancias que pueden exacerbar un comportamiento agresivo más o menos latente.

Es fundamental prestar atención espacial a: estados delirantes, amenazas de suicidio, aislamiento (sobre todo en ancianos), intoxicaciones por sustancias, estados confusionales, etc.

Conviene ser prudente antes de establecer la causa de la conducta violenta, porque en cuanto se aplica la etiqueta de psiquiátrico se tiende a descuidar los otros factores. Además, en algunos sujetos, el hecho de estar en tratamiento psiquiátrico puede provocar un retraso en la detección de manifestaciones orgánicas serias.

Se debe solicitar a terceras personas (familiares, vecinos, curiosos...) que se retiren. Si la persona ve a alguien cuya presencia no es grata, montará en cólera con más facilidad o puede precipitarse, agravarse o mantenerse la situación violenta innecesariamente.

Los acompañantes (amigos, familiares...) pueden estar presentes durante la actuación siempre que ejerzan como elemento tranquilizador

Teresa es enfermera de un centro de salud. Está con Eladio, un paciente del cupo a quien está explicando, los cuidados que debe seguir en su diabetes. Eladio no acepta las indicaciones de Teresa especialmente cuando ella le recalca algunas cosas que no le están ayudando a controlar su diabetes. Eladio lo considera una “insistencia” excesiva del personal sanitario que le trata. Teresa le recalca que son medidas educativas e imprescindibles para el mantenimiento de su salud y para mantener la estabilidad de sus glucemias.

De repente Eladio amenaza con agredir a Teresa con un fonendoscopio.

Comportamiento inadecuado del profesional, que implica riesgo para él mismo:

Levantarse de la silla, gritando e indicando a Eladio:

—¡No se te ocurra pegarme! Porque yo no tengo porqué aguantarte. ¡Te vas a enterar!, ¿Pero tú quién te has creído que eres? Sal de la consulta ahora mismo y no te quiero volver a ver por aquí.

Comportamiento adecuado del profesional:

Mantener distancia de seguridad y posición física de seguridad ante agresiones.

Usar un tono verbal directivo con un volumen normal.

—*Eladio, con agresividad no vas a conseguir nada. Yo lo que quiero es ayudarte; si mantenemos la calma podré ayudarte mejor. Yo estoy para eso y te ayudaré pero no puedo hacerlo si intentas hacerme daño; entre los dos podemos conseguir que te encuentres mejor.*

La presencia de los *medios de comunicación*, en muchas ocasiones y sin ser conscientes de ello, entorpece la labor de los profesionales que intervienen y puede suponer un peligro añadido para todos (incluidos ellos mismos).

Hay que ser respetuosos con la persona agresiva, en cuanto al espacio físico (burbuja personal)⁹, solicitando permiso para acercarnos. Debemos extremar las medidas de seguridad si vamos a un domicilio y la persona vive sola.

Precauciones con una persona violenta

- *Evitar darle la espalda.* Acercarse a una persona potencialmente violenta por detrás puede ser peligroso. Lo mismo que sentarse en una silla que bloquee la salida.
- Si estamos en un espacio cerrado: dejar la *puerta abierta o entreabierta*; se puede indicar a *alguien que vigile o mire cada 10 minutos* para comprobar que todo está bien.
- *Evitar arrinconar a la persona*; si se siente acorralado puede incrementar su nivel agresivo. Ambos (persona y emergencista) deben tener acceso a la puerta y el espacio físico debe ser amplio)
- *Guardar una distancia* de al menos la longitud de un brazo con la persona potencialmente violenta. Se puede crear una *barrera física* entre el sujeto y nosotros (sofá, mesa, un vehículo o un contenedor en vía pública).

- *Evitar seguir el delirio* a una persona que dice que ve o hace cosas “raras”; tampoco decirle que lo que está diciendo es una mentira o no es real.
- Procurar un *entorno ambiental agradable* sin luces o ruidos que incrementen el potencial agresivo existente.
- Respetar la privacidad del paciente pero sin correr riesgos innecesarios. Si es necesario, permitir/ solicitar que haya miembros de seguridad presentes,
- *No actuar ni acercarse, si la persona está armada **
- Emplear los argumentos disponibles para que abandone el arma.
- No tocar nunca el arma con las manos, aunque la persona esté de acuerdo; si está tensa o ansiosa puede cambiar de opinión bruscamente, asustarse y apretar el gatillo o clavar-nos la navaja.
- Pedirle que deje el arma en el suelo, o en un lugar que pueda recogerlo otra persona (otro interviniente, policía, un miembro del equipo sanitario...).

* *Si la persona está armada, no realizar la intervención* salvo consentimiento pleno de tener capacidades para manejar la situación¹. Si saca el arma, *detenerse*, no acercarse a él, no discutir con él y avisar a las fuerzas y cuerpos de seguridad, si la situación lo permite.

La *presencia de medios policiales* es recomendable para, en primer lugar, salvaguardar la seguridad de todos los profesionales intervinientes además de proteger la integridad física de terceras personas y, en segundo lugar, facilitar la reducción física con mayores garantías (si la reducción psicológica ha sido infructuosa, o se presupone riesgo auto o heteroagresivo). En un primer momento la persona no debería percatarse del dispositivo policial; sentirse vigilado, controlado o incluso rodeado, puede incrementar su agresividad. La actitud de la policía o miembros de seguridad debe ser vigilante, distante y no amenazante.

En presencia de armas u objetos peligrosos, los intervinientes deben retirarse, para que actúe el personal de seguridad o la policía.

6.2. Actuación según el momento

La intervención urgente con una persona agresiva es delicada, por varias razones: es una de las situaciones que requieren mayor control por parte del personal que interviene¹⁰ hay una presión externa para intervenir (especialmente en vía pública), se generan opiniones contrapuestas en los intervinientes (miedo, ira...), pueden surgir implicaciones legales y de responsabilidad civil... Es conveniente que la persona del equipo que tenga mayor experiencia o capacidad de afrontar la situación sea la que tome la responsabilidad de la intervención y dirija / coordine la misma.

Eduardo ha querido celebrar su 30 cumpleaños con sus compañeros de trabajo. Se divierten y se lo pasan estupendamente bien, como cuando van a tomar café en el descanso del trabajo y bromean sobre el trabajo, los jefes y sus familias. Cuando llega el turno de los regalos, y los abre ve que le han regalado una corbata “horrorosa”, una taza de café con los colores y el diseño de una vaca y una frase graciosa... cuando abre un regalo que parece un marco de fotos ve que han puesto a su novia en actitud “muy cariñosa” con otro hombre (se trata de un fotomontaje que ha hecho uno de los amigos a los que le gusta el photoshop).

Eduardo monta en cólera al verlo, porque considera que es una broma de muy mal gusto y se lía a golpes con las personas que estaban celebrando el feliz aniversario.

Uno de los amigos, Oscar, con el que se lleva muy bien trata de recurrir a la contención verbal para aplacar los ánimos transmitiéndole que entiende que le haya podido haber molestado, que la intención no ha sido hacerle enfadar, que no merece la pena enfadarse por eso (y además le han pedido permiso a ella para hacerlo, cuando le pidieron la foto para hacer el “montaje”) y no merece la pena estropear un día de cumpleaños maravilloso...

No es fácil actuar ante una persona capaz de agredir o de hacer daño con su agitación incontrolada. La actuación con la persona agitada o violenta irá encaminado a la contención, que puede ser de tres tipos: *verbal, mecánica y farmacológica (o química)*.

La intervención nunca se hará en solitario; puede haber una persona que coordine. No hay que olvidar que el manejo de la agresividad es difícil y complicado. Abordarlo en solitario puede resultar peligroso, aunque pensemos que somos capaces de hacerlo sin dificultades.

Si una persona se pone fuera de control de forma violenta y ataca a los demás, lo primero será preservar la seguridad del agente de ayuda, la de los demás y luego la de la persona violenta mediante la reclusión física.

La violencia verbal puede cumplir un rol de cambio, ser catártica e incluso normal en situaciones de alta tensión. Pero hay que vigilar hacia quién o qué se dirige; canalizarla adecuadamente puede ser una de las labores del equipo de intervinientes (por ejemplo, dejar que dé golpes a la pared mientras grita, pero que no golpee a su hijo). A veces es simplemente un deseo de llamar la atención.

El único medio de salir ganando de una discusión es evitarla.

Dale Carnegie

La actuación que se llevará a cabo con la persona agresiva va a depender de la fase en la que se encuentre la conducta hostil, agresiva¹¹:

NIVEL	CARACTERÍSTICAS	ACCION DEL AGENTE DE AYUDA
Nivel I: <i>ANSIEDAD</i>	Sobreactivación en los niveles de respuesta.	Apoyo
Nivel II: <i>DEFENSA</i>	Cuestionamiento. Falta de colaboración. Gritos. Amenazas.	Directividad.
Nivel III: <i>ACCION</i>	Agresión Física	Contención física. Contención psicológica.
Nivel IV: <i>REDUCCIÓN DE TENSION</i>	Disminución de la sobreactivación. Regreso a niveles aceptables de razonamiento.	Reestablecimiento de la comunicación.

Fermín. Ludópata que no ha podido jugar en el día; se muestra agresivo con su familia;

Nivel I: Se pasa la mano por el rostro y se mesa los cabellos. Hace gestos de negación con la cabeza. Resopla. Hace comentarios, sin elevar el volumen de voz, sobre el mal día que ha tenido y la falta de ayuda de su familia.

Nivel II: Grita sin mirar a nadie en concreto, que está rodeado de inútiles (refiriéndose a su familia) y de egoístas que sólo piensan en sí mismos y le tienen abandonado. Mientras habla, golpea la mesa con la palma de la mano.

Nivel III: Rompe varias figuras y cuadros de la casa y ante la interposición de los hijos, los abofetea. Agarra a su mujer del cuello y la empuja contra la pared.

Nivel IV: Lloro y gime. Dice que lo lamenta, que está mal y no puede más. Que no sabe qué hacer.

A continuación vamos a ver de manera más pormenorizada cuáles serían las pautas útiles de actuación en función de la fase en que se encuentre cada persona.

6.2.1. Nivel I: Ansiedad

Se manifiesta a través de comportamientos agitados, espontáneos y desorganizados que implican un gasto de energía.

El mejor papel que se puede adoptar con una persona que se encuentra en este estado, es uno de apoyo, interés y reconocimiento de la causa de nerviosismo de la persona.

Es importante reconocer que el comportamiento de la persona en este estadio, está lejos de ser amenazante. Más importante aún, es reconocer la importancia de no dejar pasar por alto la oportunidad que se nos ofrece de actuar y prevenir un posible desarrollo hacia fases más agresivas.

La *contención verbal* sería el primer paso para manejar a alguien en este estadio. Permite una desactivación cuando la pérdida de control no es total. Facilita la recogida de información y permite saber en qué condiciones está la persona (cómo habla, si hay alucinaciones o delirios, el grado de comprensión del lenguaje, presencia de signos de intoxicación o de abuso de sustancias...).

El uso de la contención verbal es el primer paso para intentar controlar la conducta de la persona agresiva.

A) OBJETIVO:

Se pretende rebajar la tensión existente y transmitir calma, serenidad y control de la situación.

B) PROCEDIMIENTO GENERAL:

- *Recabar información* de familiares, conocidos, policía local, personal de emergencias médicas.
- Dirigirse a la persona violenta de forma no provocadora.
- Hablar con la persona de forma educada, pero con *firmeza y seguridad*.
- *Mostrar interés* por su problema y manteniendo una *escucha activa*.
- *Invertir tiempo*. Cuanto más larga sea la conversación (aunque sea de aspectos irrelevantes) más posibilidades hay de que remita el comportamiento agresivo.
- *Acceder a las peticiones razonables que haga*.

Un grupo de personas han estado atrapadas unos minutos en un ascensor durante la evacuación del edificio, tras un incendio. Los bomberos proceden a rescatarlas.

Mientras bajan por las escaleras, en una zona sin riesgo, una de las personas se dirige a un bombero:

“Hemos estado esperando un tiempo interminable a que alguien viniera a sacarnos del ascensor. Oyendo gritos, oliendo el humo y pensando que nos íbamos a abrasar... ¡Deberían estar preparados para situaciones así!”.

El bombero, asiente ligeramente con la cabeza mientras la persona habla. Cuando ésta finaliza, el bombero responde:

“Ya veo. (Mirando a la persona seriamente) Han notado que el tiempo pasaba y sentían que no llegábamos... Aunque hemos venido en cuanto nos han avisado, tiene que ser duro estar ahí dentro”.

6.2.2. Nivel II: Defensa

Puede ocurrir que:

- No tengamos oportunidad de reconocer el estado de ansiedad del individuo y nos coloquemos frente a él cuando ya ha sobrepasado este nivel.
- Lo reconozcamos pero no intervengamos.
- Nuestra intervención no sea adecuada o suficiente para evitar el paso a la siguiente fase.

En el nivel defensivo, la persona comienza a perder el control racional. Comienza a emitir comportamientos como: cuestionar la autoridad, mostrar inconformismo, insultar o amenazar. La persona puede tener arrebatos verbales, o por el contrario, mostrarse testaruda y mantener una actitud de oposición pasiva.

Ante esta situación, en ocasiones, el profesional que se enfrenta al sujeto hostil, también comienza a emitir comportamientos defensivos. Esta situación es muy peligrosa, pues se corre el riesgo de que la persona hostil tome el control de la situación.

No hay que olvidar que la persona está perdiendo el control y la forma de gestionar la situación es ayudándola a recuperarlo. Una postura defensiva por nuestra parte, alimenta aún más la que la otra persona tiene.

Paradójicamente, emplear la actitud de apoyo que recomendábamos en la fase anterior, puede aumentar aún más la postura defensiva de la persona.

La mejor manera de atender a la persona en este estado y ayudarla a mantener el control, es siendo directivo. Ser directivo significa *dar a la persona instrucciones claras y sencillas*.

- ¿Qué queremos que haga la persona?
- ¿Qué queremos que deje de hacer?

Necesitamos dar esta información con mucha claridad, recordando que la persona está comenzando a perder el control y puede no procesar el mensaje que le damos, como lo haría en circunstancias normales.

El comportamiento defensivo aparenta ser caótico e impredecible, sin un patrón aparente. Sin embargo, hay ciertos comportamientos comúnmente observados cuando los individuos se vuelven defensivos:

Si consideramos un nivel de respuesta en escala ascendente, dentro del comportamiento defensivo, nos encontraríamos con conductas como:

1. Cuestionamiento

Este puede adoptar dos formas:

- Búsqueda de información. La persona no sabe porqué le damos una directriz. Concederle el beneficio de la duda y darle una explicación es una estrategia a adoptar en primer lugar.
- Cuestionamiento de nuestra capacidad para dar directrices. La persona intenta cambiar nuestras directrices o nuestra autoridad. “¿Quiénes somos nosotros para...? ¿Con qué derecho venimos a decir que...?”. Tratar de responder a preguntas de este tipo pueden hacer que terminemos defendiéndonos y como resultado, perdiendo credibilidad. Del mismo modo, tratar de

responder como si fueran cuestiones de solicitud de información puede alejarnos del objetivo inicial.

2. *Disconformidad y desobediencia.* La persona a la que damos la directriz, la rechaza y rehúsa cumplirla.

Esta situación puede ser muy frustrante para nosotros. Podemos sentir que si no podemos convencer a la persona para que cumpla lo que le decimos, nuestra intervención ha sido un fracaso. El hecho real es que no siempre podemos conseguir que la gente haga aquello que ha decidido no hacer.

En este punto, la respuesta directiva incluye *sentar límites*. Hay que diferenciar esto de *dar ultimátums*. Sentar límites implica proporcionar al individuo de manera constructiva:

- Elecciones
- Consecuencias a las elecciones

Al poner límites a una persona, conviene que nos guiemos por los siguientes *principios*:

- Poner límites que sean claros. Describir concretamente el comportamiento y no en términos vagos, subjetivos o demasiado generales.
- Poner límites que sean simples. La persona puede estar en un estado de tensión que le impida atender o procesar mensajes complejos. Por ejemplo, ofrecer a la persona 4 o 5 elecciones, cuando se encuentra en un estado de elevada hostilidad y nerviosismo, puede que tenga el efecto de confundirla, ponerla, por tanto, más nerviosa y aumentar aún más su nivel de hostilidad.
- Poner límites razonables. Estos límites han de ser acordes con las normas de la organización a la que pertenecemos, o las del entorno sociocultural en el que desempeñamos nuestra labor.
- Poner límites cuyas consecuencias en caso de incumplimiento se puedan hacer cumplir.

Técnicas para poner límites

1. Explica exactamente qué comportamiento es inapropiado.
2. Explica por qué es inapropiado el comportamiento.
3. Proporciona elecciones razonables, con actitud constructiva, no de ultimátum.
4. Proporciona consecuencias para cada elección.
5. Haz cumplir la consecuencia.

3. Ataque verbal

La persona puede lanzar improperios, insultos, etc.

Querer responder en este punto a nivel verbal, puede ser una empresa fallida. Peor aún va a ser el elevar el volumen para hacernos oír por encima de la persona, pues puede provocar un efecto de escalada de la tensión. En este punto conviene dejar que el desahogo vaya remitiendo en intensidad para poder reintentar la comunicación verbal.

4. Intimidación

Es el punto en el que el individuo nos amenaza de alguna forma. Si la amenaza se dirige contra nuestra integridad personal, podemos considerar el apartarnos de la situación y solicitar la asistencia oportuna. En caso de continuar afrontando la situación, el abordaje en general, se ha de encaminar a informar a la persona de las consecuencias de llevar a cabo su amenaza y volver a centrarnos en la directriz y alternativas de acción que le ofrecemos.

En la fila para recibir mantas, en un campo de refugiados, se produce un alboroto. Se escuchan amenazas e insultos. Raquel, una de las logistas se acerca y escucha como uno de los refugiados se ha saltado la fila, colándose junto a un amigo que decía estar guardándole el puesto. Ante la petición por parte de Raquel de que guarde el turno según el orden de llegada y de que no se guardan puestos, el refugiado le dice:

“¿Quién te crees tú que eres para decirme lo que tengo que hacer, niñata? No me pienso mover de aquí y si alguno quiere que me quite, que venga a moverme. ¡Y tú, límitate a darnos lo que nos corresponde, que para eso estás aquí!”

Raquel, nota la tensión en su cuerpo y la emoción de ira comienza a aparecer en ella. Mientras escuchaba al refugiado se ha preocupado de respirar profundamente. Esto le permite que la voz le salga aparentemente calmada y en cualquier caso, firme para decir:

“Todos vais a tener lo que os corresponde, y lo vais a recibir en orden. El orden lo establecemos nosotros y es por orden de llegada. Tú has llegado ahora. Si quieres recibir tu manta y la ropa, ponte al final de la fila. Si no lo haces, guardaremos tu ropa y tu manta hasta que cumplas con el turno o acabemos de repartir a todas las personas que guardan fila”.

6.2.3. Nivel III: Acción

La contención verbal puede ser insuficiente para controlar un cuadro de agitación importante, entonces debe emplearse alguno de los otros tipos de contención (física/mecánica y/o farmacológica). El factor tiempo puede jugar a nuestro favor. Si el peligro no es inminente es mejor neutralizar a la persona de forma paulatina.

Mantener informado al paciente en todo momento de lo que se está haciendo, ayuda a controlar la situación.

La escalada previa de incomprensión y violencia, puede hacer ineficaz o inútil la buena disposición del emergencista. Puede que sólo con la prescripción de límites y barreras sólidas (contención) se rompa la escalada, pero en ocasiones puede no ser suficiente. Por este motivo no debería demorarse demasiado el uso de contención física, a la que hay que recurrir en alguna ocasión.

El uso de la contención física mantenida debe reservarse para situaciones en las que otras estrategias no hayan tenido éxito.

El entorno puede haber realizado una contención provisional, hasta que llega el personal sanitario o las fuerzas de orden público. Pero en ocasiones está injustificada o mal realizada, con lo que se corre el riesgo de que la persona se libere de forma intempestiva y desencadene una situación de violencia, aún más peligrosa que la anterior.

INDICACIONES PARA EL USO DE CONTENCIÓN FÍSICA /MECÁNICA

- Prevención de lesiones a la propia persona (autolesiones, caídas accidentales...).
- Prevención de lesiones a terceros (familiares, personal sanitario, otras personas...).
- En caso de amenazas, insultos y conductas disruptivas persistentes.
- En la hiperactividad prolongada con riesgo de extenuación.
- En el traslado de un paciente con enfermedad psiquiátrica desde la urgencia a la unidad de internamiento psiquiátrico, si las circunstancias lo requieren.
- Imposibilidad de manejo por otros medios, poca experiencia con pacientes agresivos
- Cuando se niega a hablar y desarrolla una conducta violenta progresiva.
- Agitación no controlable con medicamentos.
- Evitación de daños físicos en material de ambulancia, domicilio, vía pública u hospital.
- Reducción de estímulos sensoriales (aislamiento).

Este procedimiento supone una privación de libertad, por lo que hay que regirse por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC); lo cual incluye dar parte al juez.

Hay que medir las consecuencias a corto y largo plazo: retorno a la calma relativa, restablecimiento de límites, seguridad para la persona y su entorno. Es conveniente advertir al entorno en caso de peligrosidad.

Si los familiares se niegan a la contención mecánica, se procede a la liberación de la persona, haciéndoles firmar que se oponen a dicha medida terapéutica y se responsabilizan de lo que pudiera derivarse de dicha decisión.

*En la contención física la actuación debe ser
lo más rápida y coordinada posible.*

A) OBJETIVO:

- Contener la conducta desorganizada de una persona, para evitar que provoque un daño personal (autolesiones, intento de suicidio) daños a terceros o a propiedades o bienes.
- Puede facilitar otros tratamientos, como la administración de fármacos.

B) PROCEDIMIENTO GENERAL:

- Asegurarse de que la situación no se ha podido reducir sólo verbalmente.
- Hacerlo *por la seguridad de la persona* (puede hacerse daño a sí mismo y es peligroso). No es un castigo por haberse portado mal, ni debe realizarse por pereza, para que no moleste.
- *Asegurar Recursos humanos suficientes.*
- Actitud de *calma y control* de la situación.
- *Evitar el daño físico* a la persona. Además, la contención debe realizarse preferiblemente cuando la persona está distraída.
- *Informarle de los motivos de la contención y del momento o circunstancias en las que finalizará* la misma.

- No mostrar enfado, tener una *actitud enérgica pero amable y respetuosa*.
- Como mínimo deberá llevarse a cabo, en *decúbito prono*, con 5 personas (una para cada extremidad y otra para sujetar la cabeza con el fin de prevenir golpes accidentales o mordiscos intencionados como mecanismo de reacción ante la contención, y evitando que apoye las palmas para poder levantarse), con capacidad física suficiente para realizar el procedimiento. Si no hay personal suficiente, es mejor esperar la llegada de efectivos suficientes, dejar marchar a la persona y comunicarlo a la policía. Cabe destacar que la posición de decúbito prono es más útil en situaciones de emergencia (mayor restricción de movimientos de la persona, mejor control y facilita la aplicación de contención farmacológica), que la posición decúbito supino, que se emplea más en contenciones prolongadas en el ambiente hospitalario.
- Evitar golpear a la persona; *no insultarle ni lo vejarle*. Ninguna de las personas que realizan la contención debe mostrarse agresiva ni física ni verbalmente.
- Ayudarle a disminuir su nivel de descontrol *invitándole a respirar despacio, buscar otra manera de expresar su malestar*. Siempre habrá un miembro del equipo de intervención que hable a la persona y dirija la operación.
- *Ayudar al equipo sanitario* en la contención física cuando se realiza para facilitar la administración de medicación tranquilizante por prescripción facultativa. La contención física debe mantenerse hasta conseguir el efecto farmacológico deseado.
- Acompañamiento posterior, si procede, a la ambulancia o coche policial, cogiéndole entre dos personas (una por cada lado), con una mano bajo la axila y con la otra por la muñeca¹³.

La contención es una medida de seguridad que no debería improvisarse. Cuantas más personas participen, mayores probabilidades de éxito se auguran, especialmente en pacientes corpulentos.

La sujeción con correas puede realizarse por *dos puntos* (brazo y pierna opuestos) o *cinco puntos* (las cuatro extremidades y la cintura). Procurar que, tras la sujeción, el paciente no pueda golpearse. Debe vigilarse que las correas están bien puestas y que garanticen la comodidad de la persona

*La contención mecánica es un método de aplicación temporal,
hasta que se controle la conducta de la persona o hasta
que resulte efectiva la sedación farmacológica.*

En una situación de urgencia, una persona bajo contención *no debe dejarse sola*, por varias razones: Un miembro del personal debe permanecer próximo por si la persona realiza alguna demanda, conversar con ella, que no pueda acceder a objetos peligrosos y nadie pueda hacérselos llegar.

Por otro lado, las contenciones deben *vigilarse cada quince minutos*, para asegurar que se mantiene una correcta circulación sanguínea. La vigilancia debe ser más continuada en pacientes físicamente deteriorados, intoxicados, pacientes muy medicados...

*Contener si es necesario,
resolver si es posible,
lo mejor es prevenir.*

Hay que *extremar las precauciones en el momento en que se retire la contención*, para evitar lesiones a los miembros del equipo o al propio paciente. En toda maniobra de liberación, la prudencia obliga a analizar detenidamente la situación y examinar los riesgos inherentes a una explosión de violencia, secundarios a la inmovilidad mantenida.

6.2.4. Nivel IV: Reducción de la tensión

Durante el desarrollo de las fases anteriores (y aún cuando se dé la fase de acción o agresión física), la persona ha estado sometida a un altísimo nivel de gasto de energía. Éste, no dura eternamente. Progresivamente, la persona va sufriendo una disminución de la

tensión física y emocional y esto le va permitiendo ir recuperando el control racional.

En estos momentos, muchas personas se sienten avergonzadas, confundidas o asustadas por el comportamiento que han tenido. Es un momento también en el que pueden encontrarse más abiertos a la posibilidad de cambiar.

En muchas de las ocasiones en las que los profesionales gestionamos situaciones de emergencia con un componente violento, no vamos a ser testigos de esta última fase de reducción de tensión. En aquellos casos en que sí sucede, el papel que podemos jugar, tiene tintes claramente educativos, *ayudando a identificar a la persona qué ha pasado, cómo ha llegado al punto de descontrol y qué puede hacer en el futuro para evitar una respuesta similar*. La actuación se resumiría en:

- Intentar restablecer la comunicación con la persona, una vez evidenciada la reducción de su tensión.
- Hablar de lo que ha pasado, evitando juzgar, criticar o avergonzar como forma de castigo.
- Examinar el proceso que ha llevado al punto de descontrol (falta de escucha, percepciones erróneas, etc.).
- Explorar alternativas para evitar respuestas similares en el futuro.

Una idea que debemos tener presente es: que igual que el comportamiento de la persona agresiva nos afecta a nosotros, nosotros podemos “afectar” el comportamiento de la persona.

6.3. Dar por finalizada la actuación

Para facilitar el enlace tras la actuación en emergencias, puede ayudar tener un buen conocimiento de los recursos sanitarios y sociales de la zona (horarios, números de teléfono, direcciones, requisitos para ser atendidos, forma de acceso –directamente o a través de otro servicio–, etc.).

Tras la actuación con la persona violenta debe asegurarse, junto a los recursos sanitarios, el traslado apropiado inmediato y en condiciones correctas, al lugar idóneo.

El transporte debe realizarse, en la medida de lo posible, con la persona despierta, aunque esté algo agitada, ansiosa o con riesgo de suicidio. El personal de la ambulancia no debe permanecer totalmente callado ni empeñarse en dialogar; lo más adecuado es permanecer natural sin mostrar excesiva preocupación.

El trayecto puede ser largo e imprevisto, debido a multitud de factores: localización de los hospitales, necesidad de recurrir al traslado involuntario, cambios de opinión, variaciones en los síntomas, reacción imprevista del entorno... Además, los centros psiquiátricos pueden encontrarse alejados.

La familia de Ernesto ha avisado a los servicios de emergencia. Como en otras ocasiones Ernesto ha empezado a gritarles sin motivo y a decir que la comida tiene un sabor nauseabundo y que lo que quieren es envenenarle, que todos están contra él. A sus 25 años, lleva desde los 14 siendo ingresado periódicamente en centros psiquiátricos, no toma la medicación que tiene prescrita de manera asidua.

Llega una ambulancia de SVB (Soporte Vital Básico), porque es el recurso disponible más cercano. Se disponen a hacer el traslado del paciente esquizofrénico en pleno brote psicótico. Ernesto tira el material de la ambulancia y trata de golpear a Mariano y Laura, los dos TEM que vienen a realizar el traslado.

La familia comenta que ocurrió lo mismo el mes pasado cuando tuvo que venir la policía para llevárselo porque pegó a su hermano (golpeó en donde pudo en el coche patrulla que vino buscarle).

Le han llevado al hospital en otras ocasiones y saben que si se le explican las cosas y no se le grita se puede meter en la ambulancia sin problemas, y que durante el traslado deben llevar la tronera abierta y preguntarle “cómo está haciendo el viaje al hospital”, si “va cómodo”.

Con una persona violenta, con trastorno psiquiátrico que requiere traslado en ambulancia es útil contemplar varias pautas:

Pautas de traslado de personas violentas¹

- Tomar *precauciones respecto a las puertas del vehículo*, para evitar que se arroje en marcha del vehículo o empuje a algún miembro del equipo.
- *Evitar usar sirenas o rotativos* durante el traslado, salvo circunstancias especiales. Este tipo de estímulos pueden perturbar seriamente a la persona, por lo que se desaconseja su uso.
- Si la ambulancia lleva *emisora*, apagarla si es posible, o por lo menos *disminuir su volumen*. En un individuo delirante o con brote psicótico puede contribuir al mantenimiento o incremento del cuadro alucinatorio o delirante.
- *Valorar la posición de traslado*: una persona tumbada y atada en contra de su voluntad (cuando podría ir sentada y vigilada) puede complicar el traslado innecesariamente.
- Si se decide trasladar a la persona sola en el habitáculo asistencial (o en la parte trasera del vehículo policial o de Guardia Civil), por seguridad del personal, o en prevención de posibles conductas violentas hacia el personal de transporte, tomar las debidas precauciones: controlar la conducta mirando a través del espejo retrovisor o girándose periódicamente; no dejar a su alcance objetos (bolígrafos) o material de ambulancia (agujas, bisturís, objetos contundentes...) que supongan un riesgo auto o heteroagresivo,
- En algunas circunstancias, el traslado puede requerir la coordinación entre personal de ambulancia y Policía o Guardia Civil, que podrían seguir la ambulancia en previsión de contratiempos o a requerimiento de ayuda de la dotación sanitaria.
- La persona presuntamente violenta puede realizar el traslado *esposado*, de manera que se merme la movilidad y el acceso a objetos peligrosos
- Decidir si es conveniente dejar encendida alguna luz dentro del habitáculo asistencial/parte trasera del vehículo. Si el traslado se realiza de noche, una luz suave o tenue puede ser útil. En traslados diurnos evitar luces fuertes que alteren a la persona y dificulten su manejo.

Cuando se lleva a cabo una hospitalización involuntaria (por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil), se debe informar al juez en las 24 horas siguientes al ingreso, comunicándole el ingreso urgente con los datos pertinentes.

En cuanto al ingreso involuntario en menores, hay que tener en cuenta que el mayor de 16 años no incapaz ni incapacitado es plenamente autónomo, según la actual legislación española. Entre los 12 y 15 años tiene derecho a estar plenamente informado y ser escuchado, aunque prevalezca el derecho de los padres o tutores legales. Si hay riesgo grave, el criterio del facultativo es el que prevalece. Para el ingreso psiquiátrico es necesario el ingreso judicial, aunque esté de acuerdo el detentador de la patria potestad¹².

Errores que deben evitarse en el manejo de una persona agresiva

- Comenzar juzgando la conducta de la persona que se ha comportado agresivamente.
- Pedirle, en ese mismo momento, responsabilidades por los daños que ha producido en objetos y mobiliario, o daños físicos a terceras personas.
- Dejar a su alcance objetos contundentes o arrojadizos.
- Quitarse el equipo de protección cuando la situación todavía no está controlada.
- Aproximarse demasiado a una persona a la que no podemos ver las manos (puede esconder un objeto potencialmente peligroso, incluso letal).
- Gritar, elevar el tono de voz, cuando la persona está en la fase de mayor activación.
- Permanecer en un lugar cerrado con la persona y no disponer de una salida a nuestra espalda.
- Imitar sus conductas agresivas (tirar objetos, gritar, golpear, insultar...), porque hará que aumenten.
- Desatender o minusvalorar signos de violencia inminente.
- NO solicitar ayuda ante situaciones en que se ha desbordado el potencial violento.

Recuerda

- Una persona que manifiesta una conducta agresiva siempre conlleva un riesgo para sí o para los demás.
- Una persona agresiva puede ser consciente o no de su comportamiento.
- No hay que perder de vista la posibilidad de que una enfermedad médica produzca manifestaciones violentas, ni otros riesgos: suicidio, agitación epiléptica...
- En la actuación con personas que muestran conducta agresiva / violenta, debe primar la prudencia.
- *Actuar con tranquilidad* sin dejarse llevar por los nervios.
- Seguir un *esquema* que facilite el abordaje de la persona, mejor si es en equipo.
- Hablar con *tono de voz calmado*. No levantar la voz. Procurar que el tono agresivo vaya disminuyendo a lo largo de la conversación.
- Es fundamental analizar el peligro *inminente* para el sujeto violento o para terceros.
- No plantear actuación en solitario con una persona violenta.
- *Valorar si tolera el acercamiento* antes de intentar acercarse.
- Elegir *preguntas / frases concisas, cortas o directas*: “*Dígame exactamente lo que ha pasado, para poder ayudarle*”.
- Preguntarle con un *lenguaje moderado y conciliador*: “*¿Qué le sucede? ¿Por qué se comporta de esta manera?*”.
- *No darle órdenes contundentes* con imperativos: *¡Siéntese ahora mismo!*
- No debe responderse de manera agresiva a una persona violenta porque incrementaría la magnitud de la conducta que queremos disminuir.
- El objetivo es la contención de la conducta y evitar que se incremente la conducta violenta.

- *Evitar actitudes defensivas* hacia la persona, discutiendo todos sus argumentos al mismo tiempo que se le reprende.
- *No hacer caso a sus insultos*. Puede ser un intento de provocación.
- *Evitar suspicacias* de la persona o malentendidos, que dificulten la intervención
- Nunca intentar el manejo de una persona agresiva o violenta cuando supone una amenaza para la seguridad del interviniente.
- *Alejar* de su vista posibles *objetos arrojadizos*
- Adoptar la posición de defensa (semiperfil, con protección en cara y tórax), para el acercamiento y los momentos iniciales con la persona agresiva /violenta.
- Antes de plantear la actuación, verificar que hay una vía física de escape, si la situación empeora.
- *Permitirle* que dé un golpe a algo o destruya algo que ya está roto.
- *No recriminarle su comportamiento* delante de terceras personas.
- *Evitar espectadores /Curiosos* innecesarios.
- Procurar recurrir a la *contención por la fuerza, como último recurso*.
- Si se realiza contención física (siempre después de haber intentado otras estrategias, incluida la contención verbal), realizarlo con número suficiente de personas e indicando a la persona el motivo por el que se hace (nunca mostrarlo como castigo).

Para complementar

- Agreda, J. y Yanguas, E. *El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo*. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. URL Disponible en: www.cfnararra.es/salud/anales/textos/vol24/suple2/suple8a.htm
- Baca, E.; Díaz-Sastre, D.; Severino, A. y Saiz, J. (2000). "Impulsividad, agresividad y conducta suicida". *Aula Médica Psiquiátrica*, 5, 259-289.
- Beck, A. (2003). *Prisioneros del odio –Las bases de la ira, la hostilidad y la violencia–* BS AS. Paidós
- Beltrán, I.; Idini, E.; Muñoz, J.P.; Benito, A.M.; Puertas, M.T. y Rincón, F. (2003). "El paciente agresivo". En M. León (Coord.), *Psicología y hospitalización: atención en urgencias*. Jaén: Formación Alcalá.
- Calvert, J.F.; Goetz, R.R. y Glidewell, B. (2001). Monografía n° 239: Problemas psiquiátricos frecuentes. American Academy of Family Phisicians. Barcelona: Medical Trends. (Original 1999).
- Consejería de Sanidad y Consumo (2004). *Recomendaciones terapéuticas para el manejo de la agresividad*. Comunidad de Madrid. Junio 2004, n° 1. URL disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobtable=MungoBlobs&blobcol=urldata&blobkey=id&blobheadervalue1=filename%3Dagresividad.pdf&blobwhere=1119150018724&blobheadername1=Content-Disposition&ssbinary=true&blobheader=application%2Fpdf>
- Chinchilla, A. (Coord.) (2003). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Masson.
- Civeira, J.; Alija, M.; Bernard, J.M.; Sarasa, D.; Alda, M.; Corberá, M. y Pérez Poza, A. (2003). "Violencia y consultas urgentes". En: Civeira, J.; Pérez, A. y Corberá, M. (Eds.) *Urgencias en Psiquiatría*. Faes Farma. Madrid: Grafimac
- Corberá Almajano, M. (2003). "Contención física en urgencias". En: Civeira, J.; Pérez, A. y Corberá, M.; (Eds.) *Urgencias en Psiquiatría*. Faes Farma. Madrid: Grafimac.
- Ellis, A. (1999). *Controle su ira antes de que ella lo controle a UD. Cómo dominar las emociones destructivas*. Barcelona: Paidós.

- Fariña, J. (2007). *Agresiones a los médicos. Causas y cómo evitarlas*. Colegio de Médicos de Madrid. Euromedice Ediciones Médicas.
- Gallar, M. (2001). *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: Paraninfo.
- García Prieto, A. (Coord.) (1994). *Manual práctico de Psiquiatría actual. Los trastornos psíquicos y su tratamiento*. Oviedo: Eds Nobel.
- Golden, B. (2006) *Rabia sana: cómo ayudar a niños y adolescentes a manejar su rabia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Grivois, H. (1989). *Urgencias psiquiátricas*. Barcelona: Masson.
- Hayez, J.Y. (2004). *La destructividad en el niño y el adolescente: clínica y acompañamiento*. Barcelona: Herder.
- Huertas, D. (2007). *Violencia, la gran amenaza*. Madrid: Alianza.
- Longo, D.C. y Williams, R.A. (1982). *Conductas violentas e intervención en crisis. Práctica clínica de enfermería psicosocial*. 191-228. Alhambra, Madrid.
- Mcrwab, C. y Rabiger, J. (2004). *Manual de Seguridad. Protección y autodefensa*. Alarma 24 horas. Ed Libsa.
- Serrano Pintado, I. (2005). *El niño agresivo*. Madrid: Pirámide.
- Sluis, H. (2004). *Desconfíe de su confianza*. Servicio de Psiquiatría del Hospital General de Coevorden Hardenberg. 09/02/2006 Congreso virtual Interpsiquis 2004. URL disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/urgencias_psiq/15195/
- Wing, J.; Marriot, S.; Palmer, C. y Thomas, V. (1998). "Management of imminent violence: clinical practice guidelines to support mental health services". Occasional Paper OP41, March 1998, pp. 1-111 http://www.psychiatry.ox.ac.uk/cebmh/guidelines/violence/violence_full.html

Referencias bibliográficas

1. Acinas, M.P. (2004) "El paciente agresivo o agitado". En: Acinas, M.P. (Coord..) *Habilidades de comunicación y estrategias asistenciales en el ámbito sanitario. Volumen 2: Actuación en situaciones de urgencias y emergencias*. Jaén: Formación Alcalá.
2. Mardomingo, M.J.; Sánchez, P. y Catalina, M.L. (2006). En: Alda, J.A., Gabaldos, S. (Coord.) (2006) *Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente*. Barcelona: Masson- Elsevier.
3. Teijeiro, R. (2004) *Agresión en la psiquiatría de urgencias*. Congreso Interpsiquis 2004. URL Disponible en: http://www.psiquiatria.com/articulos/urgencias_psiq/15191/
4. Tardiff, K. "The current state of psychiatry in the treatment of violent patients". *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49 (6): 493-499.
5. Muñoz, J.; Torres, J.; Calderon, J.M.; Berlando, A.; García, E.I. y Jiménez, L.; (1999) "Manejo en Urgencias del paciente agitado o violento". *Semergen (Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista)*, 25 (6): 532-536. Acceso: 09/11/07 <http://www.semergen.es/semergen2/cda/documentos/revistas/pdf/numero6-99/532-536.pdf>
6. Sarasa, M.D. (2003) "Agitación psicomotriz". En: Civeira, J.; Pérez, A. y Corberá, M. (Eds.) *Urgencias en Psiquiatría*. Faes Farma. Madrid: Grafimac
7. Kavoussi, R.; Armstead, P. y Coccaro, E. (1997). "The neurobiology of aggression". *Psychiatri Clin North Am*, 20(2), 395-403.
8. Lagares, A.; Prieto, A.; Siguin, R. y Valle, J. (2003) *Recomendaciones terapéuticas para el manejo de la agresividad*.
9. Téllez, J.M.; Villena, A.; Morena, S; Pascual, P. y López, C.; (2005) "El paciente agitado". *Guías clínicas*, 5, (34). Fistera. URL disponible en <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Agitado.pdf>
10. Pérez, S. (2003) "Protocolo de restricción de movimientos". *Enfermería Global*. Revista electrónica de Enfermería. Mayo 2003, nº 2. <http://www.um.es/eglobal/2/02c06.html>
11. Caraulia, A. y Steiger, L.K. (1997). *Nonviolent crisis intervention*. CPI Publishing. Brookfield. WI.

12. Herreros, O. y Sánchez, F. (2006) "Características generales de las urgencias psiquiátrica infanto-juveniles. Historia clínica psiquiátrica". En: Alda, J.A. y Gabaldos, S. (Coord.) (2006) *Urgencias psiquiátricas en el niño y el adolescente*. Barcelona: Masson-Elsevier.
13. Ramos Brieva, J.A. (1999). *Contencion mecánica: restricción de movimientos y aislamiento. Manual de uso y protocolos de procedimiento*. Barcelona: Masson

Enlaces web

[www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cuidadores/agitacion manejar problema](http://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cuidadores/agitacion%20manejar%20problema)

Se centra sobre todo en pacientes con demencia, pero da estrategias útiles.

<http://www.funvic.org/principal.htm>

Fundación de Victimología.

<http://www.victimologia.org/>

Sociedad Española de Victimología.

<http://perso.wanadoo.fr/societe.internationale.de.criminologie/>

Sociedad Internacional de Criminología (información en Francés, Inglés y Español)

<http://www.observatorioviolencia.org/>

Página web con noticias sobre violencia, especialmente aspectos relacionados con la violencia de género.

<http://www.cfnavarra.es/asistenciaVictimas/RECURSOS/protocolos/prot-PsiForense.HTM>

Protocolos de actuación en víctimas de Navarra.

<http://www.msc.es/ciudadanos/violencia/docs/informeOMS.pdf>

Informe mundial sobre la violencia y la salud. OMS Organización Panamericana de la Salud.

www.psiquiatrialegal.org

Página sobre aspectos legales y salud mental, da información sobre

congresos, libros, revistas, legislación, bioética...

Recursos audiovisuales

La naranja mecánica. (*A Clockwork Orange*) Rumanía, 1971. Stanley Kubrick. Temas: uso de la violencia para conseguir objetivos personales, métodos de control de la violencia. Basada en la novela homónima de 1962 de Anthony Burgess.

Medidas desesperadas. EE.UU 1998. Director Barbet Schoeder. Duración 96'. Temas: Psicopatía, trastorno de personalidad antisocial, trastorno de simulación, manejo de paciente agresivo en sala de urgencias.

Barrio. España. 1998. Director: Fernando León de Aranoa. Duración: 100'. Temas: violencia en adolescentes, desencadenantes de la violencia...

American history X. EEUU 1998. Director: Tony Kaye. Duración: 120'. Temas: génesis de la violencia, prejuicios que incitan a la violencia, uso de la violencia como afrontamiento de dificultades, grupos neonazis, modelos de violencia en niños.

El club de la lucha. (*Fight Club*) EEUU. 1999 Director: David Fincher. Duración: 139'. Temas: expresión de la conducta agresiva dirigida hacia sí mismo y los demás, canalización de la agresividad, límites en la expresión de la violencia. Basada en una novela de Chuck Palhniuk.

John Q. EE.UU. 2002. Director: Nick Cassavetes. Duración 118'. Temas: Agresividad precipitada por indefensión aprendida, medidas drásticas para salvar la vida de un hijo, limitaciones de seguros médicos, transplante en niños con afecciones cardíacas.

Ejecutivo agresivo. (*Anger management*) EEUU. 2003. Director: Peter Segal. Duración: 101'. Temas: control de la agresividad y provocación de conductas agresivas. Afrontamiento de conductas violentas.

Crash. EEUU. 2004 Director: Paul Haggis. Duración: 113' Temas: desencadenantes de la violencia, contención de la conducta violenta, violencia en vida cotidiana y en el ámbito laboral.

11

Manejo y comunicación con personas intoxicadas por alcohol y drogas

Miguel del Nogal Tomé

María Ramos Martín

Los objetivos de este capítulo son:

- Identificar y describir las principales drogas de abuso y los efectos sobre la conducta a nivel físico, psíquico y comportamental.
- Identificar las características de las personas consumidoras de drogas.
- Describir habilidades y pautas de actuación con personas drogodependientes.

Jorge es un consumidor de alcohol de varios años de evolución. Tiene 45 años y vive con sus padres, ambos mayores. Jorge siempre ha sido una persona amigable y pacífica con todo el mundo cuando está abstinentes. Sin embargo, cada vez que bebe, se muestra prepotente y agresivo, llegando a la agresión física en numerosas ocasiones.

El sábado por la noche cuando Jorge llega a casa, después de haber bebido en exceso, comienza a chillar e insultar a sus padres. Tras varios portazos, gritos y amenazas tanto a sus padres como al resto de los vecinos, éstos avisan alarmados a los servicios de emergencias.

El viernes por la noche Elena, una joven de 20 años acude a urgencias acompañada de su novio. Las quejas que manifiesta son: opresión en el pecho, taquicardia y dificultad para respirar. Su pareja refiere que han estado haciendo botellón con unos amigos y que además de alcohol también han estado consumiendo cannabis.

Juan lleva 10 años consumiendo cocaína, tiene 34 años y está siendo tratado en el centro de drogas de su zona. Sin embargo ha faltado a las citas de los últimos 2 meses.

Desde hace unas semanas ha empezado a cambiar su comportamiento: apenas sale de su cuarto, apenas duerme ni come, y se mantiene siempre a oscuras. Sus padres están muy preocupados y le instan a que acuda al médico. Sin embargo, Juan se niega. Últimamente la situación ha empeorado. Juan comienza a decir que le están espionando, que le recorren hormigas por su cuerpo, y que no se puede fiar de nadie.

Ante esta situación y la negativa de Juan de ir al médico, los padres deciden avisar a los servicios de emergencia.

1. Las personas consumidoras de drogas

Entre las personas a las que vamos a prestar atención están aquellas que se encuentran bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva.

Esta es la situación de emergencia con la que más a menudo nos vamos a encontrar. En un estudio realizado en Alemania en 2001¹ se observó que la primera causa de urgencia era el abuso de drogas.

Sirva como ejemplo, que en los estudios sobre urgencias por consumo de drogas realizados en la comunidad de Madrid en el año 2006² observamos que en este año fueron atendidos en la región 3240 episodios de urgencias en los que mediaba el consumo de drogas (estaban excluidos los intentos autolíticos).

Por drogas de consumo, observamos que el 35,2% de las urgencias se debían a consumo de opiáceos, el 66,7% se debían a consumo de estimulantes, el 33,2% a hipnóticos y sedantes, el 33,2% a consumo de cannabis, alucinógenos 2,1%, antidepresivos 3,5% y sustancias volátiles el 0,2%. Evidentemente apreciamos que los sujetos que fueron atendidos podían haber consumido varias drogas.

Esta es la situación de emergencia con la que más a menudo nos vamos a encontrar.

Dependiendo de la sustancia que haya consumido y la cantidad de la misma, la persona a la que atendemos presentará un tipo de comportamiento y por tanto se nos presentarán unas dificultades diferentes.

Es importante conocer la sustancia que se ha consumido.

Las drogodependencias constituyen un fenómeno de enorme impacto sanitario, social y legal. Las personas consumidoras de drogas presentan unas características que les convierte en un reto para los profesionales de la salud. Presentan ciertas peculiaridades que hacen necesarios unos conocimientos específicos respecto a los efectos de las diferentes sustancias y el manejo de los diferentes compor-

tamientos que pueden presentar los que las consumen. Por otro lado, en la mayoría de las ocasiones nos encontramos con las dificultades que va a plantear el individuo que consume la sustancia psicoactiva y con las dificultades que nos van a plantear las personas que en ese momento están con este consumidor.

Cuando nos encontramos con situaciones de este tipo no podemos evitar experimentar cierto “nerviosismo” lógico, ya que no sabemos exactamente qué circunstancias nos vamos a encontrar ni cómo manejar situaciones, a veces, muy complejas.

Es importante que los profesionales posean (aprendan, conozcan) una serie de habilidades que les ayuden a manejar posibles situaciones difíciles que se les puedan presentar.

También importa conocer la forma más eficaz de comunicarnos con el toxicómano y no menos relevante, conocer también cómo manejar a aquellas personas que le rodean.

*La persona intoxicada no es nuestro único objetivo.
También lo son los allegados que le rodean.*

En este capítulo vamos a analizar los diferentes comportamientos que puede presentar una persona bajo los efectos de drogas psicoactivas y el manejo más eficaz.

¿Atenderíamos de la misma forma a Elena, Jorge y Juan?

¿Es importante conocer la sustancia que se ha consumido?

Elena, Jorge y Juan han consumido sustancias diferentes
¿por esto su comportamiento es diferente?

Todos tienen familiares, vecinos y su comportamiento está afectando a su círculo de relación ¿cómo intervenir con ellos para que nos faciliten nuestra labor y no interfieran?

¿Nuestra función es exclusivamente la atención puntual de esta situación o tenemos que ir más allá? Y si esto es así ¿es adecuado?

¿Existen características comunes en todos ellos por lo que nuestra actuación pueda ser similar en todas las situaciones?

2. ¿Qué es una droga?

Se entiende por droga, toda sustancia que introducida en un organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste (O.M.S., 1975).

El concepto de droga es muy amplio y comprende sustancias completamente heterogéneas.

Es fundamental para la caracterización de una sustancia como droga, tener en cuenta la forma y circunstancias en las que se toma. Por ejemplo un medicamento tomado bajo prescripción médica, con revisiones periódicas sería completamente diferente al mismo medicamento autoadministrado y tomado abusiva y aleatoriamente sin ningún control clínico. Ya que este último, si además provoca tolerancia, dependencia, y al dejar de administrarse síndrome de abstinencia, cumpliría todos los requisitos para ser una droga.

A la hora de establecer una relación de ayuda con una persona bajo los efectos de una droga, tenemos que tener en cuenta que en su reacción van a influir muchas variables, todas ellas importantes. Algunas características que acompañan al consumidor de drogas son:

- Reacciones físicas propias y características de la sustancia consumida.
- Reacciones psicológicas que variarán dependiendo de las características individuales y de la finalidad con la que utilice la droga.
- Cambios sociales que van a condicionar las manifestaciones de la situación crítica en la que se encuentra la persona.

Los efectos de una droga van a depender de la sustancia que se consuma, de las características de la persona que la consume y de las características de su medio ambiente.

- Jorge grita, golpea las puertas y amenaza a sus padres y vecinos.
- Elena, llora, habla entrecortadamente, nos manifiesta: “¡No puedo respirar!, ¡me ahogo! ¡siento como si me fuera a morir!”. Su novio está muy asustado.
- Juan comienza a decir que le están espiando y que no se puede fiar de nadie, y ya no sale de su cuarto ni para comer ni para ir al baño.

3. Comportamiento del drogodependiente

Cuando nos comunican que tenemos que prestar ayuda a un drogodependiente es posible que nos asalten una serie de pensamientos.

Una de las dificultades con la que pensamos que nos vamos a encontrar es que son personas que presentan una importante alteración de la conducta. Pero un drogodependiente no necesariamente es una persona violenta o agresiva.

La drogodependencia es producto del encuentro entre una droga, un sujeto y un ambiente. Por tanto, el comportamiento final de un drogodependiente va a variar enormemente dependiendo de múltiples factores como la droga que consume, la cantidad, la forma de administración, dónde esté y con quiénes se encuentre, así como de las características de su personalidad. Ésta es una característica diferenciadora en relación a otras problemáticas.

La drogodependencia es producto del encuentro entre una droga, una persona y un ambiente.

Los adictos, generalmente, no se limitan a consumir una sustancia, sino que son consumidores de varias, por lo que, si una droga se toma simultáneamente con otras, sus efectos pueden multiplicarse.

Por otro lado, los problemas causados por la dependencia de drogas no sólo afectan al propio drogodependiente sino que también producen problemas a otras personas de su entorno; es por ello, que la intervención que se realice aunque se centre en el adicto, también es adecuado realizarla en su entorno.

Cuando llegamos al domicilio de Jorge oímos, además de sus gritos, los de sus padres. También vemos como unos cuantos vecinos consuelan a los padres y otros increpan a Jorge.

Otra de las dificultades con la que nos podemos encontrar son nuestros propios pensamientos o creencias ya que estas van a influir de forma importante en nuestra conducta. Realidad y percepción no siempre coinciden.

Todas las personas nos formamos una imagen mental de aquellas situaciones con las que nos vamos a enfrentar. La finalidad de ello es por un lado ahorrar recursos mentales, y por otro preparar los recursos de nuestro organismo para hacer frente a dichas situaciones. Sin embargo el problema es que esta imagen mental a menudo está distorsionada. Las personas a veces tenemos creencias que no se corresponden con la realidad. Son creencias que no están fundamentadas en datos reales y estos pensamientos o creencias asociadas a mitos, pueden dar lugar a actitudes y comportamientos que pueden llegar a ser negativos por lo que sería aconsejable cambiarlos con el fin de sentirnos y de actuar de forma más saludable.

3.1. Mitos y realidades sobre los drogodependientes

Cuando nos encontramos con personas bajo los efectos de las drogas los pensamientos que a veces nos asaltan pueden ser los siguientes:

- ***Son unos mentirosos***

Las mentiras, como cualquier otro comportamiento que tratemos de explicar, debemos situarla a partir del marco que nos facilita el contexto en el que se han desarrollado y se desarrolla la vida de estas personas.

Sin embargo, no está presente ni mucho menos en todos los consumidores de drogas, sobre todo si están en proceso de dejar de consumir, o si conseguimos una buena relación terapéutica con ellos.

Así, éste comportamiento, de aparecer, debe entenderse por un lado como la intención clara de obtener un beneficio secundario (conseguir más medicación, ayudas económicas, recursos asistenciales especializados, etc.), y por otro con el objetivo de ocultar sus consumos a los de su alrededor (familia, médico, psicólogo, amigos, jefes, compañeros de trabajo, etc.).

El objetivo final es perpetuar su estilo de vida sin ser rechazados, criticados, sancionados y sobre todo sin que se les “obligue” a abandonar sus consumos.

Para el consumidor las mentiras son una forma de supervivencia con un coste muy alto: pérdida de autoestima, estrés, etc.

- ***Son agresivos***

No es cierto que estos pacientes sean más agresivos que el resto, al contrario. No se dedican a agredir alegremente a cualquier persona que pasa por la calle. Y menos sin motivo alguno.

Si aparece, debemos tener claro que la agresividad en este tipo de personas tiene que ver con una o ambas de las siguientes variables del estado interno del sujeto:

Una personalidad agresiva: la agresividad es más una cuestión que tiene que ver con unas características individuales debidas generalmente a un patrón educativo excesivamente rígido o excesivamente laxo, que a la historia de consumo de tóxicos del paciente. Aunque es cierto que la historia de consumo a menudo favorece la aparición de conductas violentas, ya que estos pacientes a menudo se mueven en ambientes sórdidos y potencialmente violentos.

Por otro lado, una persona consumidora de drogas que se encuentra en un estado de privación de la misma (el conocido como síndrome de abstinencia o “mono”) buscará cualquier medio de conseguir su dosis, incluida la agresividad. Si bien debemos de tener muy claro que no todos los consumidores van a recurrir a la agresividad para conseguir su dosis. Algunos recurren a pedir dinero, a traficar

a pequeña escala, a realizar hurtos, o a practicar estafas para bandas organizadas, o se mantiene el consumo con su propio trabajo, etc.

- ***Su curación es imposible. Nunca abandonarán la droga***

A menudo se habla de dejar la droga y de la curación como sinónimos.

La realidad es que conseguir la desintoxicación de una droga (es decir, lo que en lenguaje coloquial se conoce como “limpiarse”) es “relativamente” fácil de conseguir. Lo que se trata es de conseguir con la desintoxicación, es abandonar la droga durante un tiempo, el cual no es excesivamente largo (entre 1 y 3 semanas, en función del tóxico del que hablemos) para que el organismo elimine todo resto del mismo. Esto es lo que se conoce como desintoxicación.

Sin embargo el verdadero problema reside en no retornar a los consumos una vez se lleve un tiempo abstinente. Esto es lo que se conoce como deshabituación, y es el proceso más difícil de conseguir.

Es cierto que los tratamientos de drogas son largos y tortuosos. No obstante, quien se propone verdaderamente cambiar de vida, lo consigue aunque le cueste más o menos esfuerzo. Sólo debe aceptar la ayuda que se le brinda por parte de los profesionales, ser constante, y tener claro que habrá cosas y personas que debe dejar o perder a cambio de conseguir abandonar la droga.

- ***Son traicioneros***

Probablemente una de las cosas que más se les achaca a los pacientes toxicómanos es precisamente que cambian de parecer, de intenciones, de conducta en función de sus intereses “dándonos una puñalada por la espalda cuando menos nos lo esperamos”.

Nuevamente en esta ocasión aludimos a lo erróneo de este pensamiento. No se trata de una máxima de todos los pacientes drogo-dependientes, sino de un porcentaje de ellos. Es más, refiriéndonos concretamente a este porcentaje, no es que se trate de personas en las que no se puede confiar, sino que cuando necesitan dinero, una coartada para irse a consumir, o sencillamente escaparse para poder hacerlo, no les importará cambiar de idea, engañar, mentir, o desaparecer sin decir nada a nadie.

Como decíamos antes, no lo hacen, como se dice en el lenguaje coloquial “a mala idea”, sino porque la necesidad les aprieta.

Por eso no debe confundirse que son personas traicioneras, con el hecho de que cuando necesitan consumir probablemente nos puedan traicionar. Incluso a costa de ellos sentirse mal, puesto que como ya dijimos, no quieren traicionar a nadie pero se ven impelidos a hacerlo por el deseo de consumo.

- ***Son egoístas, no sienten cariño, ni amor, ni emoción alguna por nadie***

En primer lugar, no debemos olvidar que cuando hablamos de personas consumidoras de drogas, estamos hablando precisamente de personas. Y por tanto, al tratarse de personas, por definición, tienen sentimientos así como también los expresan a los demás.

Respecto a lo del egoísmo que supuestamente les define, hemos de decir que no podemos aludir a generalidades. El egoísmo no es una máxima que defina a todos y cada uno de los drogodependientes. Lo que sí es cierto es que suelen pensar en ellos primero antes que en los demás (y a caso quien en el fondo no lo hace) especialmente cuando se trata de consumir; pues antepondrá esto a cualquier persona o cosa.

- ***Son delincuentes***

Como es obvio suponer, ni todas las personas que delinquen consumen drogas, ni todas las personas que consumen drogas delinquen. Y empleamos el término delinquir, que no ser un delincuente; ya que debemos tener en cuenta que ser delincuente hace referencia a una cualidad de la personalidad del individuo, mientras que cometer un acto delictivo a lo que hace alusión es a la comisión de un determinado comportamiento (en este caso de naturaleza ilegal).

Por otro lado, como citábamos antes, no todas las personas que consumen drogas acabarán delinquir para costearse los gastos que supone consumir drogas. Sin embargo, llegado a un punto importante de la adicción, y a una imposibilidad de conseguir dinero de otra manera, el drogodependiente comenzará a saltarse

sus principios personales, pudiendo llegar en último término a saltarse su propia conciencia ético-moral. Llegando a cometer hurtos en casa, prostituirse, robar, pedir dinero a través de amenazas, o realizar estafas.

- ***Su apariencia física es sucia, desaseada***

Cuando hablamos de drogodependiente, lo primero que se nos viene a la cabeza es la imagen del señor sucio, desaseado, al que le faltan los dientes, que vive en la calle, y que nos pide dinero para consumir. Esto no son sino estereotipos propios del pasado.

El actual consumidor es una persona adaptada en su entorno laboral, familiar, personal, cuyos consumos son escondidos o abiertamente aceptados por las personas que le rodean; y que aparentemente no le ocasionan ningún problema en ninguna de las esferas que anteriormente señalábamos.

Los datos son claros, el consumo de heroína ha quedado en manos del “núcleo duro” de los consumidores de los años 80 (lo que podemos llamar los supervivientes), los cuales han contribuido a forjar la imagen mental que tenemos del consumidor de drogas.

Sin embargo, las principales drogas que hoy día se consumen en nuestro país son fundamentalmente la cocaína, el cannabis y el alcohol, sustancias que no producen un deterioro físico ni psíquico tan rápido, de tal forma que las personas que lo consumen no ven los riesgos que ello entraña hasta varios años de consumo contundente. Por otro lado, si este deterioro no es perceptible por el propio consumidor, tampoco será patente por las personas que le rodean.

- ***Son unos viciosos***

Gran parte de las personas estiman que los consumidores de drogas consumen porque son unos viciosos. Es decir, en este caso a lo que se hace alusión es al carácter inmoral y permítasenos libidinoso del consumo de drogas.

Esta postura no deja de ser muestra de una serie de prejuicios. Ya que la perversidad o inmoralidad de una persona no se mide en función de si consume o no consume drogas.

- ***Son enfermos***

A menudo se alude al consumo de drogas como si se tratara de una enfermedad. El problema de considerarlo como tal, es que se concibe que la enfermedad es causada por un agente externo que se introduce en el organismo; de modo que el enfermo tiene un papel pasivo en su recuperación tanto en cuanto a su proceso de enfermar, como en su proceso de recuperación. Ya que éste estará mediatizado por el efecto de otros agentes externos (esta vez con carácter bondadoso) llamados fármacos, que combatirán con los agentes portadores de la enfermedad.

Esto puede dar lugar a una concepción en la que se contempla al paciente como un ser indefenso ante la enfermedad, de modo que no puede hacer nada ante ella. Cosa, que como de sobra es sabido es incorrecta, puesto que se olvida la importancia de aspectos como la motivación, el cambio de conductas, las estrategias para hacer frente al deseo de consumo, manejo de la ansiedad la prevención de situaciones de riesgo, etc. Que no son sino herramientas terapéuticas en las que destaca el papel activo del sujeto ante los problemas de drogas.

- ***No quieren curarse***

Naturalmente que las personas que tienen problemas de drogas quieren curarse. El problema estriba en que en toda persona que consume drogas se produce una ambivalencia: sabe que los consumos no son buenos, que le están perjudicando, pero sin embargo le gustan y no quiere dejar de hacerlo.

Esta contradicción tarde o temprano aparece en todos los pacientes, sin embargo no todos están dispuestos a hacerle frente. Por eso aparece el autoengaño. El cual estará presente en todos los pacientes a través de frases tan conocidas como “cuando quiera lo dejo”, “tampoco consumo tanto”, “todo el mundo consume y no por eso tienen un problema”, “si sólo ha sido una cantidad pequeña”, etc.

Estos pensamientos no tienen otra finalidad que salvaguardar una dañada autoestima.

Saben que tienen que dejar de consumir pero no se atreven a dar el paso, porque les da miedo ese paso. Para ello debemos utilizar todas nuestras estrategias motivacionales de cara a disponer al paciente en un estado en el que el cambio sea más fácil.

4. Clasificación de las drogas

Las drogas han sido clasificadas de diversas maneras: duras y blandas, naturales y sintéticas, legales e ilegales.; pero de todas las clasificaciones la mas utilizada es la clasificación por sus efectos sobre el sistema nervioso central. Así, las drogas se pueden clasificar en los siguientes grupos:

4.1. Drogas depresoras del Sistema Nervioso Central

Sustancias que bloquean el funcionamiento del cerebro provocando reacciones que pueden ir desde la desinhibición hasta el coma en un proceso progresivo de adormecimiento cerebral.

Las más importantes en este grupo son:

- Alcohol.
- Opiáceos. (heroína, morfina, metadona...).
- Hipnosedantes.
- Barbitúricos.
- Benzodiacepinas.

4.2. Drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central

Son sustancias que activan o aceleran el funcionamiento habitual del cerebro provocando un estado de activación que puede ir desde una mayor dificultad para dormir hasta un estado de hiperactividad.

Las más importantes en este grupo son:

- Cocaína.
- Anfetaminas.
- Café.
- Tabaco.

4.3. Drogas perturbadoras del Sistema Nervioso Central (psico-dislépticos o alucinógenos)

Sustancias que alteran el funcionamiento del cerebro, dando lugar a distorsiones perceptivas, alucinaciones, etc...

Las más importantes en este grupo son:

- Cannabis.
- L.S.D (Dietilamida del ácido lisérgico).
- Éxtasis (MDMA).
- Inhalantes.

En función del tipo de sustancia consumida, los efectos en dichos niveles (físico, psíquico y comportamental) serán diferentes.

No todas las drogas son iguales.

No debemos olvidar que las personas que consumen drogas no tienen por qué ser dependientes de las drogas, sino que pueden ser consumidores ocasionales o consumir una sola o varias sustancias. Además, debemos tener en cuenta que como ya señalamos anteriormente, los fenómenos que aparecen con el consumo de drogas son resultado de la interacción entre la droga (tipo de droga, vía de consumo, cantidad de la misma, etc.), la persona (factores de personalidad, habituación del consumo, etc.) y del contexto (lugares de consumo, consumo con amigos o aisladamente, etc).

4.4. Modos de administración

Los modos de administración son las vías por las cuales entra la droga en el organismo. Tiene una gran importancia porque condiciona la velocidad con que la droga llega al cerebro y por lo tanto, hace su efecto. Acentúa el riesgo de dependencia y tiene un papel determinante en la aparición de cuadros de intoxicación.

Las vías más frecuentes de administración son:

- *Oral*: Es la vía más lenta y la que comporta menor riesgo de intoxicación. Se utiliza preferentemente para el consumo de productos farmacéuticos y para el alcohol.
- *Inhalada o fumada*: Esta vía permite que la sustancia tóxica llegue en poquísimos segundos al cerebro, con lo que se puede decir que su efecto es casi inmediato.
- *Esnifada*: La sustancia es absorbida a través de la mucosa nasal. Suele utilizarse preferentemente para la cocaína.
- *Intravenosa o inyectada*: Junto con la inhalación, es la vía más rápida a la hora de crear una dependencia.

5. Personas consumidoras de sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central

En este grupo nos encontraremos un amplio grupo de personas consumidoras de diferentes sustancias y con características bastante diferentes.

5.1. En cuanto al consumo de alcohol

A pesar del grado de aceptación social, el alcohol es una droga y la más consumida en nuestro país. Se calcula que entre un 8 a un 10% de la población occidental tiene problemas relacionados con el consumo abusivo de alcohol³.

Por otro lado, el 20% de las urgencias psiquiátricas y el 15% de las urgencias generales están relacionadas directamente con el consumo de bebidas alcohólicas³.

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central produciendo desinhibición. No es un estimulante, como a veces se cree.

El alcohol es capaz de generar importantes alteraciones tanto físicas como psiquiátricas.

5.1.1. Efectos

Sus efectos van a depender de dos variables: la cantidad ingerida, y la cantidad absorbida (que varía según peso, sexo, graduación de la bebida, ingesta en ayunas o con el estómago lleno, y la toma concomitante de otras sustancias).

A) Efectos psicológicos:

Las personas que están bajo los efectos del alcohol generalmente presentan una disminución global de las capacidades, desinhibición, euforia, relajación, dificultad para la expresión verbal (lenguaje incoherente), verborrea, reducción de la capacidad de concentración, descoordinación motora.

El abuso regular puede provocar: pérdida de memoria, dificultades cognitivas y demencia alcohólica, además de una intensa dependencia psicológica.

B) Efectos fisiológicos:

Los efectos van a depender de la cantidad presente en la sangre:

Efectos fisiológicos según la cantidad de alcohol presente en sangre

- con 0,5g/l: euforia, sobrevaloración de facultades y disminución de reflejos.
- Con 1g/l: embriaguez, con pérdida de control de las facultades superiores.
- Con 2 g/l: descoordinación del habla y de la marcha y visión doble.
- Con 3 g/l: coma.
- Con 5 g/l: muerte por parálisis de los centros respiratorio y vasomotor.

El abuso puede estar asociado a diversos problemas de salud como gastritis, úlcera gastroduodenal, cirrosis hepática, cardiopatías, y tolerancia y dependencia con síndrome de abstinencia.

A la hora de establecer una relación de ayuda con una persona consumidora de alcohol tenemos que tener en cuenta algunas características propias del consumo de este tipo de sustancia:

- Utilización de la negación de su dependencia por la distorsión de la realidad.
- Déficits sensoriales, cognitivos y psicológicos.
- Alta probabilidad de que aparezcan conductas agresivas.
- Reacciones físicas.
- Culpabiliza a los demás de todos sus problemas y sus carencias.

Jorge se muestra agresivo, está dando voces y pegando patadas a las puertas grita a sus padres: “¡La culpa la tenéis vosotros de todo! ¡nunca me habéis ayudado en nada!”. Cuando nos ve a nosotros continúa gritando: “¡Lo que faltaba!”. Y mirando despectivamente a sus padres: “¿Se puede saber quién los ha avisado?”.

Cuando tenemos que intervenir ante una situación de este tipo, tenemos que tener muy presente que no se realizará sólo sobre el individuo que presenta el problema. Sino que nuestra intervención o nuestra mera presencia va a influir enormemente tanto en el consumidor como en los que le rodean. Hemos de saber que nuestra presencia, puede tener varias consecuencias: una disminución de los problemas en una “aparente tranquilidad” o en una mayor agresividad contra las personas que rodean al consumidor, ya que éste les hace responsables de que nosotros estemos allí.

5.1.2. *Pautas de actuación*

Las pautas en la intervención van a depender por un lado de la sustancia consumida y por otro del tipo de comportamiento que manifiesta la persona consumidora, así como de las personas presentes en el momento en el que se realiza la intervención.

Como hemos comentado anteriormente, la agresividad no es una señal de identidad de los consumidores de drogas, si bien es cierto que muchos consumidores han aprendido que empleando la agresividad son capaces de conseguir lo que ellos quieren, que generalmente suele ser dinero para consumir más.

Por otro lado, la agresividad en algunos consumidores se manifiesta cuando tienen una intoxicación aguda por tóxicos. Especialmente estimulantes del SNC (cocaína y anfetaminas) y alcohol.

Durante nuestra intervención están presentes los padres de Jorge. Están muy nerviosos, no saben cómo actuar. Nos dicen “No para de dar patadas a las puertas” “no hay manera de calmarle, no para de insultarnos”. “La verdad es que le tenemos miedo. Cuando se pone así es capaz de hacer cualquier cosa”.

Jorge se acerca a nosotros y nos insulta en tono amenazante “¡Qué hacen estos aquí!, ¡Iros que nadie os ha llamado!”.

Cómo actuaremos ante estas circunstancias:

- En primer lugar, mostrarnos tranquilos y hablarle en tono de voz suave.
- La intervención no debe ser realizada nunca por una sola persona.
- En el caso de que la intervención se realice en un lugar cerrado (un domicilio, un despacho, etc.), siempre tener acceso rápido a alguna salida.
- Presentarnos manifestándole el motivo por el que estamos allí “Somos profesionales de emergencias. Nos han avisado que estabas gritando y dando golpes”.
- Dirigirnos a él/ella por su nombre.
- Preguntarle qué pasa y cómo le podemos ayudar.
- Hablarle despacio, de forma clara y sencilla, con frases cortas y sin gritar.
- Intentar que centre la atención sobre lo que le decimos utilizando el feed-back (“¿De acuerdo? ¿Te parece?”).
- Escuchar las quejas sin interrumpir.
- Escuchar activamente, expresar que estamos entendiendo y comprendiendo lo que se nos dice.

- Señalar cuáles son los problemas y qué formas hay de resolverlos.
- Evitar enfadarse o personalizar. No prestar atención a ciertos comentarios, ni conductas manipulativas o agresivas.
- Tener muy claro cuál es nuestro objetivo.
- Si tenemos que realizar una evaluación, tratamiento médico o suministrar algún tipo de medicación le tendremos que explicar el procedimiento que vamos a seguir y el objetivo del mismo.
- Cuando presenta una actitud muy rígida, buscar alguna solución negociada.
- Hacerle ver la necesidad de cambio y las consecuencias positivas para él siempre con calidez y empatía.
- Animar y reforzar todo paso encaminado a la solución del problema.
- Valorar las personas de su entorno. Evaluar si éstas nos pueden ayudar y nos pueden apoyar en nuestra intervención y en la solución del problema o por el contrario, sin querer, están influyendo negativamente en su comportamiento. En este caso tendremos que pedirles que abandonen el entorno y nos dejen solos con el consumidor o no intervengan.
- Evitar engañar. Nunca decirle que le vamos a dar lo que quiere (“una dosis”, “dinero”...). Plantearle de manera sincera lo que no podemos darle y lo que sí estamos dispuestos a ofrecerles (“tranquilizantes”, “acompañarle al servicio de urgencias o al centro de salud” “acompañarle al centro de Rehabilitación”, etc.)
- Evitar tonos moralistas, informándoles objetivamente.
- Como profesionales debemos ser conscientes de los estereotipos existentes y por tanto tener un autoconocimiento sobre nuestras creencias y emociones que nos pueden influir en el manejo de este tipo de personas.

Jorge: gritando “¡Dejadme en paz, no necesito nada más que me dejen!”.

Padres: “Estamos asustados, no para de dar patadas y de insultarnos, los vecinos están aquí porque temen por nosotros”.

Profesional de emergencia: se dirigen a los padres y en tono afectuoso preguntan “¿Qué es lo que ha pasado?”.

Jorge: se encara con los profesionales de emergencia y con sus padres: “Tros a la calle, nadie os ha llamado”.

Profesional de emergencia: (hablando en tono tranquilo y pidiendo a los padres y vecinos que se retiren quedándose solos con Jorge) “Jorge, somos profesionales de emergencias. Hemos recibido una llamada informándonos que en este domicilio se oían muchas voces y golpes, ¿qué pasa?”.

Jorge: (gritando) “Nada, no pasa nada”.

Profesional de emergencia: “¿Has consumido alguna sustancia? Quizá te podamos ayudar”.

5.1.3. *Tópicos o ideas equivocadas*

1. “Es mejor para la salud un buen vino de marca”. Esto es incorrecto ya que tanto una bebida como otra tienen los mismos grados, lo que realmente ocurre es que los de peor calidad son más baratos por lo que se consumen más.
2. “Mezclar bebidas es más perjudicial”. Es igual porque lo que importa son los grados de alcohol. Lo que sucede es que cuando se mezclan bebidas, se suele consumir más por su variedad.
3. “Es bueno beber alcohol para combatir el frío”. Todo lo contrario, ya que cuando se tiene frío el organismo dirige el flujo sanguíneo hacia el tronco, protegiendo con calor los órganos vitales. El alcohol, lo que hace es dilatar los vasos sanguíneos y dirige la sangre hacia la superficie de la piel, con lo que los órganos internos quedan desprotegidos.
4. “Hay que dejarle dormir la mona”. Esto es muy peligroso porque puede que no se trate de un sueño normal, sino de una depresión profunda del Sistema Nervioso Central que le puede provocar una parada cardíaca o respiratoria.

5.2. *Respecto al consumo de opiáceos*

Son sustancias derivadas de una planta: La “*Papaver Somniferum*” (adormidera). Sus efectos son analgésicos (propiedad de quitar el dolor) e hipnóticos (propiedad de producir sueño).

Los opiáceos se dividen en:

- Naturales: Opio, morfina y codeína.
- Semisintéticos: Heroína.
- Sintéticos: Metadona.

La Heroína es el analgésico de origen natural más poderoso que se conoce. Es de cinco a ocho veces más fuerte que la morfina. La heroína administrada por vía endovenosa produce una acción muy intensa entre los 2-15 minutos de la administración. La capacidad metabólica del organismo hace que la vida media de la mayor parte de los opiáceos sea de 2-5 horas. Debido a ello, los adictos tienen que consumir una media de 4-6 veces al día. No se utiliza con fines médicos, por lo que sólo se encuentra en el mercado ilegal.

Existen dos tipos de heroína: la heroína blanca de mayor pureza y la heroína marrón de pureza menor y mayor toxicidad.

En la actualidad es una droga en desuso. Su consumo es más habitual por parte de heroinómanos veteranos.

5.2.1. *Efecto*

- Efectos Psicológicos: Los efectos inmediatos son, euforia, sequedad de boca, disminución del tamaño de las pupilas, enlentecimiento del ritmo respiratorio, estado de sedación total y sensación de placer muy intensa.

Los riesgos más frecuentes son: alteraciones de la personalidad, problemas de memoria, trastornos de ansiedad y depresión, dependencia psicológica.

- Efectos fisiológicos: Analgesia (falta de sensibilidad al dolor), inhibición del apetito.

Los riesgos más frecuentes son: Adelgazamiento, estreñimiento, caries, anemia, insomnio, inhibición del deseo sexual, pérdida de la menstruación, infecciones diversas (hepatitis, endocarditis).

Su consumo habitual genera tolerancia con rapidez, por lo que el consumidor necesita aumentar la dosis para experimentar los mismos efectos.

El síndrome de abstinencia a opiáceos (heroína, morfina, etc..) se parece, actualmente, a una gripe. (lagrimeo, sudoración, diarrea, dolor abdominal e insomnio). Sin embargo, la intensidad del síndrome de abstinencia tiene una relación directa con la dosis utilizada.

5.3. Respecto al uso de metadona

En su forma básica es un polvo blanco cristalino.

Actualmente está siendo ampliamente utilizada en programas de mantenimiento para dependientes de la heroína. Neutraliza la euforia de la heroína y evita la aparición del síndrome de abstinencia. Debido a que los efectos de la metadona duran más que los de la heroína. La frecuencia de la administración suele ser una vez al día y se presenta en preparaciones para uso oral (disuelta en agua o en zumo de naranja).

A veces, no es posible una retirada completa de la metadona por lo que su consumo puede continuar durante meses o incluso años.

El adicto a la metadona puede llevar una vida prácticamente normal.

5.4. Respecto al uso de las benzodiacepinas

Son sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central que, a dosis bajas disminuyen estados de mucha excitabilidad nerviosa y, a dosis altas son capaces de inducir al sueño y a grandes dosis producen anestesia general.

Es muy importante saber que, entre las sustancias pertenecientes a este grupo existe tolerancia cruzada (ver más adelante).

6. Personas consumidoras de drogas estimulantes del Sistema Nervioso Central

6.1. Respecto al consumo de cocaína

La cocaína procede de las hojas de una planta (*Erythroxylon coca*) que se cultiva en América del Sur. Las hojas de coca, sometidas a diversos procesos de elaboración química dan lugar a distintos derivados:

- Clorhidrato de cocaína: conocida popularmente como cocaína, siendo ésta la principal forma de consumo en Europa. Se consume fundamentalmente esnifada mediante la aspiración nasal del polvo.
- Cocaína base: se consume por vía inhalada– fumada a través de pipas. Su consumo genera mayor dependencia y deterioro físico y moral que la cocaína esnifada.

6.1.1. Efectos inmediatos y a largo plazo

Los efectos inmediatos son: Aceleración del ritmo cardíaco, aumento de la temperatura del cuerpo, ausencia de fatiga, exaltación del estado de ánimo, sensación de vértigo, aumento de seguridad en sí mismo, prepotencia, ausencia de cansancio, sueño y hambre. Muy frecuentemente también, inquietud y angustia. Este primer efecto euforizante va seguido de una bajada, caracterizada por cansancio, apatía y angustia, así como de una conducta agresiva.

La cocaína al ser consumida generalmente por inhalación es de fácil absorción. Esto hace que llegue rápidamente al cerebro provocando unos efectos que se manifiestan a los pocos minutos del consumo.

- *Efectos Psicológicos*: Euforia, locuacidad, aumento de la sociabilidad, aceleración mental, hiperactividad, incremento del deseo sexual.

El consumo crónico y abusivo puede provocar importantes trastornos psíquicos similares a los provocados por las anfetaminas como ideas paranoides y depresión.

- *Efectos Fisiológicos y orgánicos*: Disminución de la fatiga, reducción del sueño, inhibición del apetito, aumento de la presión arterial. El consumo crónico puede causar: pérdida de apetito, insomnio, perforación del tabique nasal, patología respiratoria, riesgo de infartos, hemorragias cerebrales y cardiopatía isquémica.

La dependencia psíquica de la cocaína es una de las más intensas entre las provocadas por las drogas.

La supresión del consumo tras un período prolongado da lugar a un fenómeno de rebote caracterizado por somnolencia, depresión, irritabilidad, letargo, etc.

La *intoxicación* por cocaína y anfetaminas produce ansiedad, suspicacia, irritabilidad, inquietud, cefaleas, conductas estereotipadas, hormigueo, temblor y labilidad emocional. En casos graves aparecen fenómenos autorreferenciales, ideación paranoide e incoherencia verbal. Son frecuentes las alucinaciones auditivas, visuales o táctiles, delirios persecutorios y referenciales. En el caso de la anfetamina puede presentarse delirium. El cuadro puede aparecer a las pocas horas de consumo y remite en las primeras 24 horas de abstinencia para la cocaína, pudiendo persistir varios días en el caso de las anfetaminas⁴.

Juan comienza a decir que le están espiando, y que le recorren por el cuerpo hormigas. Además, señala que no se puede fiar de nadie, no saliendo ya de su cuarto ni para comer ni para ir al baño.

6.1.2. *Sobre la aparición de cuadros psicóticos*

Una de las situaciones que fácilmente nos podemos encontrar en pacientes consumidores de drogas es la aparición de cuadros de naturaleza psicótica.

Van a aparecer en el curso de la intoxicación por drogas como la cocaína, el cannabis y cualquier otro tipo de alucinógeno, o en el curso de síndromes de abstinencia como el producido por la abstinencia a alcohol.

Estos cuadros psicóticos inducidos por tóxicos van a estar caracterizados fundamentalmente por la presencia de síntomas delirantes y alucinatorios.

En cuanto a las alucinaciones se pueden presentar de forma visual, como en el caso del síndrome de abstinencia alcohólica (zoopsias o visión de animales; generalmente reptiles, insectos, etc.), auditiva (oír cómo alguien conspira contra él) o táctiles, como es el caso de la ornicación (sensación de que bichos te recorren el cuerpo por debajo de la piel) inducida por la cocaína.

6.1.3. *Pautas de actuación*

- Garantizar la seguridad (del paciente y del profesional de emergencias) retirando, si es posible, cualquier objeto que pueda representar un peligro para el paciente o para terceros.
- Tratar de que la intervención se realice en un ambiente tranquilo.
- Si consideramos que puede ayudar a tranquilizar al paciente, buscar la compañía de algún familiar.
- Evitar meternos en la psicosis del consumidor. No hacer alusión a lo irreal o distorsionado de las percepciones y sensaciones que está manifestando, puesto que para él son reales.
- Empatizar con él haciéndole ver que entendemos que se encuentra mal, que está sufriendo, y que nosotros podemos ayudarle.
- Ofrecerle la posibilidad de tomar un “tipo de medicación” que le permita estar más tranquilo y le disminuya el sufrimiento. Es importante que nunca le obliguemos a tomar la medicación, ya que si así lo hacemos muy probablemente nos vea como alguien que está en su contra, y nos meta dentro de sus delirios.
- Si, como parte de su delirio se hace con un arma y nos amenaza, es importante avisar a la policía, y no actuar hasta que estos hayan hecho su aparición y hayan conseguido reducirle.
- Trasladarle a una unidad de urgencias psiquiátricas donde se le mantendrá en observación hasta que remitan los síntomas psicóticos.

Profesional de emergencias: “Juan, somos sanitarios, hemos venido porque tus padres están preocupados por ti. Hemos venido a ayudarte, sabemos que lo estás pasando mal.

Juan, queremos hablar un momento contigo. ¿Tú crees que podríamos ayudarte de algún modo?”.

6.2. Respecto al consumo de anfetaminas

Las anfetaminas son psicoestimulantes producidos sintéticamente.

Una de las anfetaminas más frecuente en el mundo de las drogas ilícitas es el sulfato de anfetamina, conocido como “*speed*” (del inglés velocidad). Generalmente se presenta en forma de polvo y se consume por inhalación como la cocaína, con la que comparte los riesgos asociados a esta vía de administración. También puede presentarse como el resto de las anfetaminas en forma de comprimido.

6.2.1. Efectos

Los efectos del consumo de anfetaminas son muy similares a los producidos por la cocaína

- *Efectos psicológicos*: Agitación, euforia, aumento de la autoestima, verborrea, alerta y vigilancia constantes, agresividad. Su consumo crónico puede dar lugar a: cuadros psicóticos con delirios persecutorios y alucinaciones, depresión, delirios paranoides, alteraciones del sistema nervioso (trastornos de la atención-concentración), irritabilidad, cambios bruscos de humor, depresiones, desconfianza e inquietud.
- *Efectos fisiológicos*: Falta de apetito, taquicardia, insomnio, sequedad de boca, sudoración, incremento de la tensión arterial, alteraciones del sistema nervioso (trastornos de la atención-concentración).

Su consumo prolongado puede dar lugar a: hipertensión, arritmia, colapso circulatorio, trastornos digestivos y el consumo de cantidades elevadas pueden provocar la muerte que, como en el caso de la cocaína, sobreviene por hemorragia cerebral o patología cardíaca aguda.

A largo plazo producen alteraciones de la nutrición, ya que provoca falta de apetito y adelgazamiento, alteraciones cardiovasculares (taquicardia), etc.

7. Personas consumidoras de drogas perturbadoras del Sistema Nervioso Central

Las drogas alucinógenas son sustancias que al llegar al cerebro provocan alteraciones en su funcionamiento neuroquímico que afectan particularmente a la manera de percibir la realidad, pudiendo dar lugar a trastornos sensoriales severos e incluso auténticas alucinaciones.

7.1. Respecto al consumo de cannabis

El cannabis es una planta (la *Cánnabis Sativa*) con cuya resina, hojas y flores se elaboran las sustancias psicoactivas más conocidas (hachís y marihuana). El cannabis, es la droga ilegal más consumida en España y sus efectos psicoactivos son debidos a uno de sus principios activos: el THC (tetrahidrocannabinol).

En España, por ejemplo, se consume principalmente hachís, el cual se elabora a partir de la resina almacenada en las flores de la planta hembra prensada hasta formar una pasta compacta de color marrón cuyo aspecto recuerda al chocolate. Su concentración de THC es superior a la de la marihuana por lo que su toxicidad es mayor.

La marihuana se elabora a partir de la trituration de flores, hojas y tallos secos.

7.1.1. Efectos

- *Efectos psicológicos*: relajación, desinhibición, hilaridad, sensación de lentitud, somnolencia, alteraciones sensoriales, dificultad en el ejercicio de funciones complejas (expresarse con claridad, memoria inmediata, capacidad de concentración, procesos de aprendizaje), pueden darse reacciones agudas de pánico y ansiedad. En personas predispuestas puede favorecer el desencadenamiento de trastornos psiquiátricos de tipo psicótico.
- *Efectos fisiológicos u orgánicos*: Aumento del apetito, sequedad de boca, ojos brillantes y enrojecidos, taquicardia, sudoración, somnolencia, descoordinación de movimientos. Por otro lado, al consumirse fumado (con una pauta de inhalación profunda, sin filtro, con retención pulmonar del humo) favorece la aparición de diversas alteraciones respiratorias: tos crónica y bronquitis. En cuanto al sistema endocrino, altera las hormonas responsables del sistema reproductor y de la maduración sexual. Por último, con respecto al sistema inmunitario: reduce la actividad de éste.

La pauta más frecuente es su consumo combinado con alcohol.

Elena acude a urgencias manifestando opresión en el pecho, taquicardia y dificultad para respirar.

La ansiedad es una de las respuestas que más frecuentemente aparecen en los pacientes consumidores de drogas.

Como es bien conocido, los ataques de ansiedad se caracterizan por la aparición de una serie de síntomas tales como: miedo intenso (a perder el control, a volverse loco...), taquicardia, aumento de la frecuencia respiratoria, opresión torácica, etc.

Con respecto a los consumidores de drogas, solemos encontrarnos con estos cuadros vinculados principalmente a la intoxicación aguda de cannabis y cocaína, aunque también puede aparecer un episodio de ansiedad aguda en el curso de la abstinencia a cualquier tipo de tóxicos aunque especialmente en los casos de abstinencia a alcohol, benzodiacepinas u opiáceos.

7.1.2. *Pautas de actuación ante un episodio de crisis de ansiedad inducido por tóxicos*

Las acciones a llevar a cabo serán las siguientes:

- Procurar un ambiente lo más tranquilizador posible.
- Tratar de garantizar la sensación de seguridad y calma del paciente. Para lo cual puede ser útil valorar el acompañamiento de la familia.
- Realizar una evaluación de los tóxicos consumidos en las últimas horas, de la historia de consumo del paciente, y la comorbilidad con otro trastorno psiquiátrico o médico que pueda estar relacionado con la aparición de un cuadro de ansiedad. Para recabar dicha información podemos recurrir a lo que nos dice el paciente, a la información que nos aporta la familia o acompañantes, al historial del paciente, a través de la observación y recogida de cajas de medicación, etc.
- Dar una explicación al paciente de los efectos ansiógenos de los tóxicos.
- Enseñar técnicas de desactivación básicas: relajación y/o respiración.
- Dar la medicación oportuna.
- Mantenimiento en observación del paciente hasta que remitan los síntomas.
- Informarle de la dirección del centro de rehabilitación más cercano a su domicilio.

Profesional de emergencias: “Elena ¿qué es lo que te ocurre? ¿Cómo te sientes?”.

Elena: (Llorando y hablando entrecortadamente) “No puedo respirar, siento que me ahogo, tengo una opresión en el pecho”.

Profesional de emergencias: (dirigiéndose a la persona que le acompaña) “¿Qué es lo que ha pasado?”.

Acompañante: “Hemos estado en el parque con unos amigos y hemos tomado unas ‘litronas’ de pronto noté que se encontraba mal”.

Profesional de emergencias: “Exactamente ¿qué tomó Elena?”.

Acompañante: “Unas litronas, unos porros y alguna raya de coca”.

Profesional de emergencias (después de recabar toda la información necesaria): “Elena, lo que te ha pasado ha sido una crisis de ansiedad inducida por el consumo de cannabis, alcohol y cocaína. (Pausa) Las sensaciones que has notado son respuestas normales de tu organismo, que las drogas han potenciado. (Pausa) Al potenciarse tú te has asustado y has prestado más atención aún a dichas sensaciones. Al atenderlas, has notado más las sensaciones y éstas se han hecho más intensas. ¿Me entiendes?”.

Elena: “Sí, entiendo”.

Profesional de emergencias: “Sé lo mal que te encuentras, te vamos a dar un tranquilizante que va a hacer que todos esos síntomas vayan desapareciendo. Pero Elena, creo que deberíais poneros en contacto con profesionales que os puedan ayudar. Os vamos a dar la dirección del centro de drogas más cercano...”.

7.2. *Respecto al consumo de L.S.D*

En la actualidad, su consumo es escaso.

Sus efectos comienzan a la hora siguiente a la toma.

El L.S.D se consume por vía oral en diversas formas: micropuntos, hojas de papel absorbente con diversos motivos gráficos.

7.2.1. *Efectos*

Una de las características principales es su potente efecto a dosis mínimas. A la media hora de su consumo empiezan a manifestarse sus efectos que duran alrededor de ocho horas.

- *Efectos Psicológicos:* Alteración de la percepción, incluyendo la propia autoimagen, despersonalización, se percibe el propio cuerpo con mayor ligereza o muy pesado o deformado, alteración del humor hacia la alegría o hacia la angustia, el terror o el pánico, hipersensibilidad sensorial, deformación de la percepción del tiempo y del espacio, alucinaciones, ideas delirantes, euforia, confusión mental, verborrea e hiperactividad.

Las consecuencias más severas pueden ser: Reacciones de pánico, intentos de suicidio, reacciones psicóticas, (en personas con trastorno psicótico subyacente) y flashbacks (reaparición de la experiencia alucinatoria sin el consumo de la sustancia).

- *Efectos fisiológicos:* Taquicardia, hipertermia, hipotensión, dilatación de la pupila y descoordinación motora.

Efectos a largo plazo: pueden aparecer trastornos de ansiedad, alucinaciones y delirios. Estos trastornos pueden producirse después de varios días o semanas de haberse consumido.

Los efectos máximos aparecen a las 2-3 horas y éstos empiezan a disminuir a las 4-6 horas de su ingestión⁵.

7.3. Respecto al consumo de las drogas de síntesis

Son sustancias producidas por síntesis química. Se trata de compuestos anfetamínicos a los que se añade algún componente de efectos más o menos alucinógenos.

Se comercializan en forma de pastillas o comprimidos y sobre su superficie se graban diversos dibujos que sirven como elemento de identificación.

Aunque son varias las sustancias que entran en esta denominación la más usual es el éxtais o MDMA.

7.3.1. Efectos

Dan lugar a una experiencia mixta entre la estimulación y la percepción alterada, por lo que se ha comparado con una mezcla de anfetamina y un alucinógeno. Al consumirse en forma de pastillas, su

absorción por el aparato digestivo es más lenta que en el caso de otras vías de administración.

- *Efectos psicológicos:* Sociabilidad, empatía, euforia, sensación de alta autoestima, desinhibición, incremento del deseo sexual, locuacidad, inquietud, confusión, agobio.
Los riesgos más importantes son: crisis de ansiedad, trastornos depresivos, alteraciones psicóticas.
- *Efectos fisiológicos:* Taquicardia, arritmia, sequedad de boca, sudoración, contracción de la mandíbula, temblores, deshidratación, aumento de la temperatura corporal, convulsiones, insuficiencia renal, hemorragias, trombosis e infartos cerebrales, insuficiencia hepática.

Los efectos se inician rápidamente, media hora después de la toma y duran entre 4 y 5 horas.

7.4. Respecto a los inhalantes o sustancias volátiles

Con este término se denominan una amplia gama de sustancias químicas, algunas de uso cotidiano como pegamentos, colas, pinturas, etc., que al ser olidas o inhaladas pueden producir cambios en la conducta.

La característica principal de estas sustancias es que los consumidores son niños y adolescentes.

7.4.1. Efectos

El efecto producido varía en función de la sustancia, de la cantidad inhalada y frecuencia de consumo, aunque en general podemos decir que el efecto que producen es muy rápido aunque poco duradero.

- *Efectos inmediatos:*
Euforia, hilaridad (risas), arritmias cardíacas, náuseas, alucinaciones.

- *Efectos a largo plazo:*

Alucinaciones, pérdida del sueño, dolores de cabeza, palidez, temblores, pérdida de peso, irritabilidad, pérdida de memoria y concentración, ideas paranoides o de persecución.

Si el consumo es crónico puede producir lesiones hepáticas, renales y depresión del Sistema Nervioso.

8. Recomendaciones generales

Como profesionales, tenemos que aplicar nuestras competencias y habilidades para enfrentarnos a estas situaciones complejas. Presentaremos a continuación una serie de habilidades, algunas ya señaladas antes, que nos pueden resultar útiles durante la intervención con personas que han consumido y abusado de sustancias psicoactivas.

- Presentarnos manifestando nuestra intención de ayudarlo.
- Dirigirnos a él/ella por su nombre.
- Mostrarnos tranquilos. Hablando con un tono de voz bajo pero firme.
- Preguntar cómo le podemos ayudar y qué tipo de ayuda necesita.
- Hablarle despacio, de forma clara y sencilla, con frases cortas y sin gritar.
- En muchos casos es preciso repetir varias veces la misma información.
- Intentar que centre la atención sobre lo que le decimos, utilizando el feed-back (“¿De acuerdo? ¿te parece?”).
- Acercarnos poco a poco, pero siempre manteniendo una distancia de seguridad.
- Utilizar un lenguaje claro y asequible.
- Preguntarles y esperar a que respondan. No anticiparnos.
- Escuchar sin interrumpir, las quejas o demandas que nos plantean y señalar las posibles soluciones para las mismas.
- Escuchar activamente, expresar que estamos entendiendo y comprendiendo lo que se nos dice.

- Entender cómo se siente, desde la empatía. Al profesional le tiene que ver interesado por sus problemas.
- Señalar cuáles son los problemas y qué formas hay de resolverlos.
- Tener una actitud respetuosa y de aceptación. Sin juzgar ni hacer valoraciones morales.
- Tener muy claro cuál es nuestro objetivo.
- Clarificar en términos concretos lo que les pasa.
- En ocasiones, extinguir o no prestar atención a ciertos comentarios, quejas reiteradas o conductas manipulativas o agresivas.
- Si tenemos que realizar una evaluación, tratamiento médico o suministrar algún tipo de medicación, les tendremos que explicar el procedimiento que vamos a seguir y el objetivo del mismo.
- Cuando presenta una actitud muy rígida buscar alguna solución negociada.
- Hacerle ver la necesidad de cambio y las consecuencias positivas para él, haciéndolo siempre con calidez y empatía.
- Evitar enfadarse o personalizar. Pero tampoco dejarse manipular. Señalar al paciente los componentes negativos de su conducta y las consecuencias negativas de ésta.
- Animar y reforzar todo paso encaminado a la solución del problema.
- Valorar las personas de su entorno. Evaluar si éstas nos pueden ayudar y nos pueden apoyar en nuestra intervención y en la solución del problema o por el contrario, sin querer, están influyendo negativamente en su comportamiento. En este caso, tendremos que pedirles que abandonen el entorno o no intervengan.
- Recomendarle de forma cálida que no siga manifestándose así para no perjudicarse y entorpecer la intervención.
- Evitar engañar. Nunca decirle que le vamos a dar lo que quiere (“una dosis”, “dinero”...). Plantearle de manera sincera lo que no podemos darle y lo que sí estamos dispuestos a ofrecerle (“tranquilizantes”, “acompañarle al servicio de urgencias o al centro de salud” “acompañarle al centro de Rehabilitación” etc.).

- Evitar tonos moralistas informándoles objetivamente.
- Mantener una actitud positiva y receptiva.
- Como profesionales debemos ser conscientes de los estereotipos existentes y por tanto tener un autoconocimiento sobre nuestras creencias y emociones que nos pueden influir en el manejo de este tipo de personas.
- Es importante conocer la sustancia consumida así como el contexto en el que se encuentra el consumidor.
- Aceptación sin evaluaciones ni juicios morales.

9. Conceptos importantes a tener en cuenta

- *Uso*: Se utiliza para indicar aquella manera de consumo de drogas (alcohol, cocaína, heroína, etc.) que no produce consecuencias negativas para el sujeto, bien porque el sujeto no las consume frecuentemente o porque las cantidades ingeridas son mínimas.
- *Hábito*: Se refiere al consumo repetido de la “droga”. Este sería el segundo momento de una conducta de adicción a las drogas. Se produciría, generalmente, después del uso y antes del abuso.
- *Abuso*: Se refiere al consumo repetido de una “droga” cuando no hay ninguna justificación para ingerirla desde el punto de vista clínico. En este momento del proceso lo más habitual es que haya importantes cambios tanto físicos como psicológicos y sociales.
- *Tolerancia*: Es un estado de adaptación del organismo cuando se consumen drogas de una manera habitual. En este caso la persona necesita cada vez dosis mayores para producir los mismos efectos.
- *Tolerancia cruzada*: El consumo repetido de una sustancia provoca tolerancia no sólo a esa sustancia, sino también a otras. Por ejemplo, cuando hay un consumo intenso de alcohol existe tolerancia cruzada con benzodiacepinas, hipnóticos y antidepresivos.

- *Dependencia*: El sujeto siente una necesidad, un deseo compulsivo que le lleva a seguir consumiendo esa sustancia. Aparece tras un cierto periodo en el que se ha usado frecuentemente la droga. Este período es distinto para cada una de ellas.
- *Politoxicomanía*: Dependencia a más de una sustancia. Las combinaciones de sustancias son muy numerosas.
- *Intoxicación Aguda*: Se produce cuando se toma una cantidad excesiva de una droga y el cuerpo es incapaz de trasformarla o eliminarla o a la toxicidad aguda a algunos de los adulterantes empleados.
- Siempre exige una intervención de los servicios sanitarios de urgencia.
- *Síndrome de Abstinencia*: Es el conjunto de síntomas y signos de carácter físico (sudores, convulsiones...) y psíquico que aparecen en el individuo al suprimir el consumo de una o varias drogas. Cada droga causa un síndrome específico.
- *Desintoxicación*: Se llama así al período que pasa la persona desde que deja de consumir una sustancia a la que el organismo estaba habituado, hasta que desaparecen las manifestaciones orgánicas.

**ESQUEMA DEL PROCESO DE DEPENDENCIA
A LAS DROGAS Y TIPOS DE CONSUMIDORES**

FORMA DE CONSUMO	TIPO DE CONSUMIDOR
USO	Consumidor experimental u ocasional
Hábito	Consumidor regular
Abuso	Consumir sistemático/compulsivo
Tolerancia/Tolerancia cruzada	Drogodependiente
Dependencia	Drogodependiente

Recuerda

- No existe “la droga” sino diversas sustancias con diferentes efectos físicos, psíquicos y sociales. Así como distintos riesgos asociados.
- Los problemas relacionados con las drogas no están vinculados únicamente a las sustancias consumidas, sino a las circunstancias personales del consumidor y al entorno social en el que tienen lugar dichos consumos.
- El alcohol y el tabaco también son drogas.
- La dependencia es un proceso que se suele iniciar con el consumo de alcohol y, en general, con las drogas legales.
- No hay sustancias buenas ni malas. Todas ocasionan perjuicio para la salud.
- Los problemas más graves de salud pública asociados al consumo de drogas, son atribuibles a las sustancias que no se perciben como tales. Así, frente a la muerte de alrededor de 470 personas al año a consecuencia de reacciones negativas a la heroína o la cocaína, se estiman en 46.000 las muertes anuales atribuibles en nuestro país al consumo de tabaco y en 12.000 las que cabe relacionar directamente con el alcohol⁶.
- Las drogas tienen la propiedad de crear tolerancia, dependencia y si se dejan de consumir, síndrome de abstinencia.
- La tendencia a asociar cada droga con un único tipo de consumidor es errónea. Para las distintas sustancias hay una gran variedad de usuarios consumidores.
- Cualquier situación de abuso es reversible si se cuenta con el soporte personal y/o profesional adecuado.
- La precaución es un aliado importante en la intervención con un drogodependiente, ya que hay muchos aspectos que no se controlan y, a veces, con la mejor intención se les puede proporcionar un fármaco que le resulta contraproducente, ya que le puede producir otros efectos de los que se creía que iba a tener.

Para complementar

- Azanza, J. R (1997). *Guía farmacológica del SNC*. Pfizer.
- Mayán, P; y García, J.A. (2006). Valoración del enfermo drogodependiente en los servicios de urgencias. *Adicciones*, 18, 263-283
- Chinchilla, A (2004). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Masson. www.fad.es
- Ayuso, J.L., Salvador, L. (1992). *Manual de psiquiatría*. Mc. Graw Hill-Interamericana.
- Seva A. (1993). *Urgencias en psiquiatría*. Ed Sanofi-Winthrop. Barcelona.
- Hyman S.E. (1989). *Manual de urgencias psiquiátricas*. Salvat.
- Freixa F. Masferrer J. Sala LL. (1986). *Urgencias en drogodependencias*. Sandoz.
- Plan Regional sobre Drogas. (1989). *Lo que no se debe ignorar sobre las drogas*. Consejería de Integración Social. Comunidad de Madrid.
- CREFAT (1994). *Manual práctico para familiares de drogodependientes*.

Referencias bibliográficas

1. Pajonk, F.G.; Bartels, H.H.; Biberthaler, P.; Brezenger, T. y Moেকে, H. (2001). "Psychiatric emergencies in preclinical emergency service; incidence, treatment and evaluation by emergency physicians and staff". *Nervenarzt*, 72, 685– 692.
2. Agencia antidroga de la Comunidad de Madrid (2006). *Urgencias del año 2006*. Comunidad de Madrid.
3. Agencia Antidroga. *El alcohol "una droga muy dura"* (1998). Ministerio del Interior, Comunidad de Madrid.
4. Carrasco, J.L. (1992). "Trastornos por uso de sustancias psicoactivas". En: Ayuso Gutiérrez, J.L. y Salvador Carulla, L. (Eds.). *Manual de psiquiatría*. Mc. Graw Hill-Interamericana.

5. Soler, P. y Gascón, J. (1994). *Recomendaciones terapéuticas básicas en los trastornos mentales: trastornos debidos al consumo de sustancias psicótropas*. Masson-Salvat.
6. Melero, J.C. y Pérez de Arróspide, J.A. (2001). *Drogas: + información – riesgos*. Plan nacional sobre drogas.

12

Comunicación con personas en crisis psicóticas

Vicente Ibáñez Rojo

Domingo Díaz del Peral

En este capítulo vamos a abordar:

- Qué son las crisis psicóticas.
- Qué tipos de crisis psicóticas existen, cuáles nos podemos encontrar en contextos de emergencia y qué características tienen.
- Qué es importante evaluar cuándo estamos con alguien en crisis psicótica.
- Cómo manejar la situación.
- Cuáles son las habilidades necesarias para hacerlo.
- Algunas situaciones especiales.

Horas después del rescate de Raquel entre los escombros tras una explosión en el garaje de un Centro Comercial en la que hubo varios fallecidos, Luis, un voluntario, pide a ésta que le acompañe. Tiene que llevarla del hospital de crisis a la sala dónde están situando a las personas afectadas. Raquel se muestra desconfiada, no deja que Luis se acerque y se niega a entrar en la sala. Mira a su alrededor en tensión, presta atención a ruidos y conversaciones lejanas y, de repente, huye del lugar musitando algo incomprensible.

1. ¿Qué es una crisis psicótica?

Utilizamos el término psicosis cuando una persona sufre un deterioro grave de su funcionamiento mental y de alguna manera pierde el contacto con la realidad, la capacidad de introspección y la de afrontar las demandas de la vida ordinaria¹.

Esta situación se puede presentar en forma de:

- Estados confusionales.
- Comportamiento extraño.
- Conducta agitada.

Predominando alguno (o todos) de los siguientes síntomas²:

- *Delirios*, que son ideas o vivencias que no coinciden con la realidad externa, y de las que la persona que las padece tiene certeza, siendo irrefutables a la argumentación lógica; como creerse perseguido, sentir que se tiene una misión divina, que los demás saben lo que uno piensa, que todo el mundo está pendiente de uno... (popularmente “paranoias”).
- *Alucinaciones*, frecuentemente en forma de voces que se refieren a la persona o que se dirigen a ésta acusándola o indicándole lo que tiene que hacer. También pueden ser visuales o sensaciones corporales como “notar” que hay algo extraño en el cuerpo.

- *Lenguaje desorganizado*, que indica un pensamiento también desorganizado. La persona nota cómo no tiene el control normal de sus procesos mentales, se bloquea, salta de una idea a otra, no termina una cadena lógica y sigue con otra por asociación de palabras...
- *Conducta desorganizada*, que es vista por el observador como sin sentido, no dirigida a un objetivo comprensible, lo que transmite esa sensación de que la persona con psicosis “es extraña”, “hace cosas raras”.
- *Alteraciones del afecto*, a veces con labilidad (continuas manifestaciones emocionales con desencadenantes nulos o nimios), otras con gran excitación o irritabilidad, o por el contrario la persona puede mostrarse inhibida, “apagada”, aislada del entorno.

Otras características frecuentes son las dificultades en la *atención* y concentración, con afectación de la *memoria* reciente. Por ello la persona en crisis psicótica muchas veces no recuerda los sucesos recientes. También puede tener una *vivencia del tiempo* distorsionada sintiendo que el tiempo no pasa o que pasa muy deprisa.

Muchos de estos fenómenos se deben a que, en la crisis psicótica, la persona pierde la barrera que separa nuestro mundo interno, íntimo, del mundo externo que compartimos. Esta “barrera” nos ayuda a diferenciar qué fenómenos se originan en nuestro yo (“pienso que la gente tiene muy mala uva”) de los que se originan en el exterior (“hay aquí muchas personas inquietas que hablan sin parar”). En la crisis psicótica se *confunden temores, fantasías... con la realidad* (“la gente se mueve para controlarme y perjudicarme”). Se puede sentir invadida por lo externo. *La distancia de seguridad con el entorno se amplía* para defenderse de él.

*La intimidad, la proximidad o el contacto físico
pueden ser vividos como amenazantes.*

Las vivencias pueden ser muy angustiantes, sentirse extraño, no reconocerse o no reconocer el entorno. Puede estar invadida por el temor y sentirse muy sola. Desde fuera esto también se percibe y la

persona con esta crisis es a su vez percibida como extraña, ajena, imprevisible, incluso peligrosa. Todo esto puede llevar al aislamiento y al alejamiento, a veces potenciado por la reacción del entorno.

Una persona en crisis psicótica vive el mundo con temor, como extraño, y confunde sus miedos y fantasías con la realidad.

Un dato importante que hay que tener en cuenta es que las personas en una crisis psicótica pueden presentar algún grado de dificultad para hacerse cargo de su propio cuidado y del de otros, así como para manejarse en las interacciones y situaciones sociales normales.

Puede estar afectada la capacidad de cuidar de uno mismo, alimentarse, tomar medicinas, o de cuidar de otros (mayores, hijos/as...).

En general no se dan cuenta de que lo que están sufriendo se debe a un problema en su propio funcionamiento, sin tener conciencia de estar enferma. Las dificultades son atribuidas a causas normalmente externas, no realistas (“me quieren hacer daño”, “me hacen pensar cosas que no quiero”, “el mundo va a llegar a su final por mi culpa”...). Por esto es difícil la aceptación de ayuda y de un tratamiento médico que implica asumir que el problema es propio.

Raquel no recuerda bien que ha pasado, estaba aparcando en el garaje cuando un tremendo ruido le aturdió. No sabe que ha sucedido desde entonces, no recuerda bien ni puede pensar con orden, pero ahora este desconocido (Luis) la conduce hacia un lugar extraño. Se siente temerosa, nota las cosas diferentes, como irreales. Inquieta, con la sensación de que algo malo le va a suceder, oye como se refieren a ella: alguien en un grupo lejano dice “ahora le toca a ésta”. No comprende bien pero le parece que quieren hacer algo: “secuestrarme o torturarme” piensa... Todos la miran... “Hay que huir de aquí” musita, y se aleja de su acompañante. Luis ve muy rara a Raquel y no entiende su conducta.

Las principales características de una crisis psicótica son:

- Pérdida del contacto con la realidad.
- Conducta extraña, inquietud o inhibición, aislamiento.
- Delirios y alucinaciones.
- Afecto alterado, lábil, angustia.
- Disminución de la atención y del recuerdo de los sucesos recientes.
- Dificultades para hacerse cargo de su cuidado y manejarse socialmente.

2. Tipos de psicosis

Siguiendo la clasificación de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, el DSM-IV³, podrían incluirse en el término psicosis la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo, los trastornos delirantes, el trastorno psicótico compartido, el esquizofreniforme, el trastorno psicótico breve (que incluye la psicosis reactiva), las psicosis por tóxicos, las de causa médica y los trastornos psicóticos no especificados.

Crisis psicóticas también pueden aparecer en otros trastornos de esta clasificación, como la *manía* (que quiere decir episodio de gran exaltación y ánimo elevado) y la *depresión* grave (ambos pueden ser debidos a un trastorno bipolar). Algunos *trastornos de la personalidad*, como el trastorno límite, pueden sufrir estas crisis.

No es propósito de este libro entrar en detalle en esta clasificación ni estos trastornos, sólo nos interesa señalar lo importante en un contexto de emergencia. En una situación de este tipo, en las que hay estresores muy importantes, podemos encontrar fundamentalmente:

- Descompensaciones de trastornos mentales que ya sufría la persona afectada y que pueden agudizarse como una crisis psicótica.
- Psicosis tóxicas.
- Psicosis de causa médica.
- Crisis psicóticas reactivas a dicha situación traumática.

2.1. Descompensaciones de trastornos mentales que ya sufría la persona afectada y que pueden agudizarse como una crisis psicótica

De estos, los trastornos más prevalentes y que podemos por tanto encontrar que entren en crisis psicótica en una situación de gran estrés, son las esquizofrenias y los trastornos relacionados y, menos frecuentemente, los trastornos bipolares. Las personas que sufren estos trastornos suelen mantenerse en situaciones diferentes a la de crisis: estables y pudiendo hacer una vida más o menos normalizada. Muchas de ellas toman medicación que favorece su recuperación.

En situaciones de crisis externa (una catástrofe u otras emergencias son por definición crisis) es posible que se produzca una crisis “interna” y la persona entre en una psicosis aguda. La vivencia psicológica del estrés, pero también la falta de sueño, de alimentación adecuada, la pérdida del entorno, de las rutinas y ritmos diarios, de los apoyos habituales, las enfermedades concurrentes y la falta de medicación son factores que contribuyen a esto.

Pablo es un hombre de cuarenta y tantos con una esquizofrenia desde hace ya muchos años. Hace una vida tranquila, vive con su madre, trabaja de jardinero, y toma un tratamiento que regula ocasionalmente el psiquiatra. Piensa que de alguna manera tiene una misión especial y de vez en cuando oye voces que le ayudan diciéndole qué debe hacer en situaciones concretas. Estas cosas no las comenta con nadie y en realidad no interfieren en su vida normal y satisfactoria.

De repente se encuentra entre escombros, su edificio ha sufrido un hundimiento y se ha desmoronado. Es rescatado por los bomberos sin lesiones. Todavía no sabe nada de su madre (no estaba con ella y desconoce si había quedado o salido de casa a hacer la compra). Su pensamiento se trastorna, asocia su idea de ser especial con ideas que tuvo en otras crisis y que le recuerdan la situación actual: el fin del mundo iba a llegar. Oye que unas voces le dicen que el mundo se acaba, que todo se derrumba por su culpa... se angustia, le invade el temor, se queda como paralizado, bloqueado.

2.2. *Psicosis tóxicas*

Otras crisis psicóticas que pueden aparecer en situaciones algo mantenidas en el tiempo (desgraciadamente muchas emergencias lo son) son las relacionadas con la *deprivación de alcohol* o las *intoxicaciones por alcohol u otras drogas*.

Tras las catástrofes, cuando la vida se desestructura y se pierden los referentes aumenta mucho el consumo de alcohol y tóxicos⁴. Otro capítulo ha abordado el tema del manejo de las personas con intoxicaciones, por lo que aquí sólo queríamos señalar que son uno de los problemas que pueden precipitar que se entre en crisis psicótica.

2.3. *Psicosis de causa médica*

También tras las catástrofes aumentan las enfermedades y algunas de estas causan crisis psicóticas. La malnutrición y las *alteraciones del metabolismo* que la acompañan junto con las *infecciones* son ejemplos de esta posibilidad.

En otras emergencias (accidentes de toda índole, derrumbes, explosiones...) es frecuente que algunas de las personas afectadas sufran *traumatismos craneoencefálicos* (golpes en la cabeza que pueden ser más o menos importantes y cursar con una inicial pérdida de conocimiento o no). En algunos de estos casos las manifestaciones iniciales pueden ser alteraciones de la conducta, desorganización del pensamiento, confusión, alucinaciones y, menos frecuentemente, delirios.

Volveremos a esto en el apartado de evaluación pues puede ser vital identificar esta posibilidad y facilitar que se trate.

Maria José ha resultado afectada en el accidente de autobús escolar. Hay varios jóvenes muy graves y otros todavía atrapados que no se sabe muy bien como están, sobre los que se concentran la mayoría de los esfuerzos de ayuda. M^a José se ha dado un golpe en la cabeza, no recuerda (ni nadie ha visto) si llegó a perder el conocimiento, pero aparte de sentirse un poco aturdida no parece tener otros problemas y asegura estar bien.

Está a la espera de que decidan si hace falta trasladarla al hospital. Juan, un técnico que está colaborando en la emergencia, nota como M^a José habla como respondiendo a alguien y hace el gesto de quitarse algo (algo que Juan no ve que exista). Se da cuenta que algo va mal.

Juan: “¿Cómo te llamas?”.

M^a José: “Yo M^a José, ¿y tú, cómo te llamas?... ¿y qué haces por aquí?”.

Juan, que va vestido de técnico de ambulancias y al que la pregunta de que haces por aquí, dado lo obvio de la situación, le deja descolocado: “¿Te encuentras bien, sabes que te ha pasado?”.

M^a José, que en ese momento no recuerda que ha pasado pero sí que iba con la clase a una excursión y que acaba de ver a alguien que le ayudaba a quitarse la chaqueta para ir a la playa: “Claro, que hemos llegado a la playa, ¿te vienes?”.

Juan: “M^a José, ha habido un accidente, el autobús en que ibas con la clase ha chocado, todavía no estamos en la playa. Yo soy un técnico sanitario que os estoy ayudando, y ahora a todos los de clase tiene que verles un médico. Acompáñame por favor”.

2.4. Crisis psicóticas reactivas a la situación traumática

Finalmente otras crisis psicóticas suceden en personas que no habían sufrido problemas mentales previos y están directamente relacionadas con el estrés de la situación de emergencia.

La *capacidad de procesar las emociones* de una persona se puede ver sobrepasada por el intenso estrés. Una de las formas de reaccionar de nuestra mente puede ser la desorganización de los procesos mentales y la aparición de una crisis psicótica. Nuestro aparato mental no puede controlar, hacerse cargo de la situación que vivencia. El estrés extremo, la desaparición de los elementos que nos dan seguridad, soporte y estructuran nuestro funcionamiento psicológico habitual facilitan la ruptura de esa barrera psicológica que nos ayuda a distinguir lo íntimo de lo externo, confundiendo fantasía y realidad⁵.

Raquel era una chica de 21 años que vivía sola en la ciudad dónde estudiaba. Muy apegada a su padre y a su madre, hacía poco se había trasladado allí y no conocía a mucha gente. Solía ir de compras a ese Centro Comercial. En el garaje hubo una tremenda explosión y el techo se derrumbó sobre el coche. Quedó aturrida, inmóvil. No entendía qué había pasado. Todo le dolía tanto... creía que iba a morir. Quería que viniera su madre. Tras muchas horas angustiantes de soledad en esta situación, fue rescatada y llevada a un hospital de emergencia a la salida del garaje.

Pasó allí lo que quedaba de noche, rechazó bebida y comida, no era capaz de atender a las explicaciones que le daban. A la mañana siguiente alguien le pidió que le acompañara a otro lugar. En ese momento Raquel estaba agotada, deshidratada, no sabía qué había pasado, qué estaba pasando ahora... no era capaz de hacerse cargo de todo aquello...

Aunque algunos estudios no encuentran un aumento claro de los cuadros psicóticos tras las catástrofes, estos episodios reactivos se dan con cierta frecuencia y, si todo va bien (a lo que podemos contribuir), se resuelven bien a las pocas semanas, volviendo la persona a su funcionamiento psicológico “normal”⁶.

En una situación de emergencia nos podemos encontrar con:

- Personas con esquizofrenia u otros trastornos que entran en crisis psicótica ante el estrés y los factores asociados a la emergencia.
- Personas con problemas de drogas que entran en crisis.
- Personas con enfermedades graves que causan psicosis (por ejemplo un traumatismo craneoencefálico o una infección).
- Personas sobrepasadas por la situación que reaccionan con estas crisis.

3. Evaluar la situación

Ante una persona en crisis psicótica es importante valorar:

- Hasta que punto es un *riesgo para sí misma* y no puede hacerse cargo de su propio cuidado. Debemos evaluar si es capaz de alimentarse sola, beber lo suficiente, abrigarse adecuadamente, tomar la medicación que necesita, mantener las medidas de higiene apropiadas, mantenerse protegida de posibles peligros... También si se puede hacer daño a sí misma, situación que es siempre necesario evaluar en una crisis psicótica y en la que no vamos a entrar pues ya ha sido abordada en el capítulo que trata del riesgo de suicidio.
- Hasta que punto es un *riesgo para otros*. Si tiene a cargo a menores o mayores tendremos que ver si necesita ayuda para cuidarlos. Para ello es importante acompañar a la persona cuando está con sus hijos y/o hijas (o padre y madre), y comprobar cómo se maneja con ellos, si está violenta o irascible... Independientemente de esto, si está en crisis psicótica tendremos que valorar, cómo se señala dos puntos más abajo, de qué apoyos cuenta para afrontar esta situación.
- Cuál es el *contexto más adecuado para ayudarla*. Si el contexto es vivido como amenazante, siente temor por alguna de las cosas o personas que hay allí, tendremos que evaluar si hay una mejor situación. Por ejemplo si en una tienda hospital, situamos a una persona en crisis para observarla cerca del puesto médico donde hay más ruidos, dónde la gente se mueve con mayor inquietud y se oyen más conversaciones... y esa persona siente que se refieren a ella, será más conveniente acompañarla a un lugar más alejado dónde no suceda esto.
- *Qué apoyos tiene* esa persona. Tiene familia allí, conocidos/as, vecinos/as... En situaciones de refugio o desplazamiento ¿dónde está su grupo de referencia? Los referentes de una persona siempre son importantes y más aún si su capacidad de manejarse con el entorno está limitada. Sin embargo puede haber ocasiones, y debemos tenerlo presente, en las que precisamente

quien sufre una crisis se sienta amenazado por su grupo y con- venga asistirle en otro entorno hasta que se recupere.

También tendremos que evaluar cuál es la urgencia de ser vista por un médico.

Una crisis psicótica requiere siempre de una evaluación médica que determina si hay una enfermedad (que puede ser mortal) subya- cente que haya que tratar, si es necesaria la administración de medi- cación (que es lo más frecuente) y si requiere alguna otra medida especializada.

Ante una persona en crisis psicótica hay que valorar:

- Si es un riesgo para sí misma o para otros.
- Si se siente amenazada y cuál es el mejor contexto dónde se sienta segura.
- Qué apoyos tiene (familiares, amistades, vecindario...).
- Si ha sido valorada ya por un médico, o es una tarea que debemos facilitar.

4. Comunicación con una persona en crisis psicótica

Ante todo nos encontramos con una persona para la cuál las pautas que se han visto en los capítulos previos de manejo y comuni- cación en situaciones de crisis y emergencia son, en general, válidas. Haremos simplemente hincapié en algunas conductas o situaciones que conviene tener especialmente presentes.

El *objetivo desde nuestra labor* de emergencistas es comunicarnos con esa persona y ayudarla a que su crisis sea manejada por ella mis- ma, por nosotros y por otros profesionales facilitando su resolución de la mejor forma posible.

Desde la *óptica de las narrativas* podemos decir que la persona está viviendo una experiencia que no puede procesar normalmente, pues la psicosis distorsiona la narrativa personal hasta tal punto que, como tal experiencia, no puede ser contada de manera habitual (“eficaz”) pues no es comprensible. Le está conduciendo a una historia de “locura”. Y

las historias que nos hacen lo que somos son las que nos contamos. A través del contacto, de la relación con ella, la historia podrá adquirir otro sentido al ser compartida con nosotros de alguna manera y, aunque pueda ser muy dura, siga por el camino de la “cordura”⁷.

Recordar también que un objetivo del abordaje de una persona en esta situación es que sea *evaluada médicamente* y que, en la mayoría de los casos, puede ser conveniente el *tratamiento farmacológico* de los síntomas psicóticos, con el objetivo de disminuir la angustia y restablecer el equilibrio psíquico que permita a la persona tomar el control progresivamente de la situación.

La persona en crisis psicótica debe ser evaluada médicamente y en la mayoría de las ocasiones se beneficiará de tratamiento médico.

4.1. Manejo general

Algunas conductas habituales pueden generar temor en una persona en crisis psicótica si las realizamos antes de crear una relación de confianza que provea seguridad:

- Mantener una actitud demasiado invasiva, hacer preguntas directas sobre lo que le pasa.
- Proximidad o contacto físico, vivido como una invasión del espacio personal.
- Comentarios o preguntas que prejuzgan a la persona.
- Uso de un lenguaje impreciso y de palabras con varios sentidos.

4.2. Estrategias que facilitan la comunicación son

- Generar un *contexto de seguridad y tranquilidad*. En un *primer momento* la persona en crisis psicótica necesita “distanciarse” del mundo que le invade, estar en una situación baja de estímulos evitando ruidos, luces intensas, cambios...
 - Proveer de seguridad *evitando situaciones de peligro, cuidar las necesidades básicas, calmar* (por ejemplo facilitando sentarse).

- *Identificarse* cuantas veces sea necesario (ayudan los uniformes y los identificadores) para que la persona en crisis se sienta segura. Dirigirse a ella en tono afable pero inicialmente “profesional” sin procurar de entrada un acercamiento que pueda ser vivido como íntimo.
- En un *segundo momento*, una vez la persona “controla” suficientemente su funcionamiento mental, es necesario *ayudar a recuperar el control* de (e ir enfrentándose a) la realidad externa.
 - *Dar información básica* casi desde el principio, de forma muy clara y sencilla, y repetirla con frecuencia asegurándonos que se va asimilando.

Es importante dar seguridad y confianza, y dar información sencilla y clara que ayuden a contactar con la realidad.

- Buscar sus *referentes cercanos, familia* o conocidos que, si es posible, deben ayudar a generar ese contexto de seguridad. A veces si la persona está muy ensimismada o no acepta el contacto con extraños actuaremos a través de estos referentes para abordar la situación.
- Si es necesario debemos cambiar de contexto y *buscar un lugar menos amenazante* (ya sea separándose o acercándose a los suyos).

Luis, con tono amable y afectuoso, mostrándose seguro pero evitando aproximarse intrusivamente a Raquel y asustarla: “Por favor Raquel espera un momento, necesito explicarte una cosa. Soy un voluntario de Cruz Roja, ves mi camiseta... Estoy aquí ayudando porque ha habido un accidente en el garaje dónde estaba tú coche”.

Raquel sigue desconfiada pero escucha a Luis porque por su tono amable y su actitud no parece que le quiera hacer daño y recuerda que estaba en el garaje con el coche.

Luis, manteniendo ese estilo comunicacional: “Si te parece bien me gustaría que me acompañes a esa habitación dónde están los médicos y otras personas que estaban en el garaje

donde ha ocurrido el accidente, y dónde hay un teléfono con el que podemos avisar a algún conocido tuyo. ¿Tienes familia?”.

Raquel sigue desconfiada no sabe si huir o seguir a Luis, sigue sin entender, vuelve a oír voces que salen de aquella habitación.

Luis, que al no contestar negativamente asume el riesgo de suponer que Raquel tiene familia: “Si te parece puedes llamar a tú familia con tú teléfono. Si no tienes te puedo dejar mi móvil. Me gustaría poder explicarles que soy un voluntario de Cruz Roja y que en el accidente del garaje tú coche ha quedado afectado y necesitamos que nos ayuden”. De esta manera indirecta Luis consigue que Raquel acepte ayuda sin sentirse invadida ni atacada.

Raquel, más tranquila: “Soy hija única, mi familia vive fuera, si no le importa llame usted y se lo explica... el teléfono es...”.

Luis entonces habla con el padre, le explica brevemente la situación, les tranquiliza insistiendo en que Raquel está bien pero asustada y dice que les volverá a llamar inmediatamente una vez le ayuden a hablar con ella. Les pide que le repitan la información del accidente y que sería conveniente que vaya con Luis a un lugar dónde pueda esperar a que sus padre y madre lleguen y la puedan ver los médicos si lo necesita. Luis decide acompañarla a otro lugar dónde también hay sanitarios y no hay tanto jaleo.

4.3. Habilidades de comunicación

Lo nuclear de la psicosis es que quien la sufre se aleja del mundo que todos compartimos y se va instalando en un mundo propio que nos resulta extraño. ¿Cómo contactar con alguien que teme el contacto, que se defiende de él? o que psicológicamente no sabemos “dónde está” para poder acercarnos. Esto sucede en grados y, cuando no es muy intenso, *podemos relacionarnos y contactar con bastante normalidad*. Las habilidades de comunicación habituales ya vistas en otros capítulos funcionan. Sin embargo cuando la persona está “lejos” hay

que cuidar otros aspectos. Hay que empezar por “contactar” con ella para poder avanzar en la comunicación.

En una crisis psicótica se pueden tener dificultades para contactar psicológicamente con otras personas y necesitar un abordaje especial en la comunicación.

Al comunicarse con una persona en crisis psicótica hay que:

- *Identificarse desde el rol de cuidador, explicitando la voluntad de ayudar*
- *Mostrarse seguro y dar confianza, no revelándose temeroso o distante y no alejándose físicamente de ella (lo que objetiva el rechazo o temor).*
- *Cuidar especialmente la comunicación no verbal para conseguir esto.*
- *Utilizar un tono de voz contenedor, procurar hablar despacio y en una intensidad que permita la escucha sin dificultad.*
- *Relacionarnos desde una posición igualitaria y humilde pero directa.*
- *Interesarse por sus inquietudes y necesidades mostrando interés genuino.*
- *Ser receptivo y respetuoso con su experiencia y vivencia por muy extraña que sea.*
- *Respetuosos pero activos en la comunicación para no dejar que lo delirante determine ésta.*
- *Escuchar los temas y la atmósfera que comunica más que tratar inicialmente de “entender” la psicosis.*
- *Si está irritable o agresiva, puede verbalizarse el temor para situarla en la realidad, y explicitar de nuevo el deseo de ayudarla.*

En personas con el pensamiento desorganizado o bloqueado, o con gran inhibición o aislamiento hay que comenzar con técnicas que potencien el contacto con la realidad, con sus propias emociones y con los otros para poder comunicarse. Esto se facilita a través de reflejos de contacto⁸:

- *Reflejos de situación*: de forma sencilla se le devuelve aspectos básicos de la realidad inmediata: “la habitación está muy oscura”, “hace frío”, lo que facilita su orientación y contacto con la realidad.
- *Reflejos faciales*: se verbaliza cómo es su expresión facial “pareces triste”, “pareces asustado”, lo que ayuda entrar en contacto con las emociones propias.
- *Reflejos corporales*: se verbaliza la postura corporal “estás sentada con las piernas cruzadas”, “estás tumbado de lado con la cabeza girada”, y se puede acompañar poniendo dicha postura con el propio cuerpo. Ayuda a contactar con la conciencia y sentido de uno mismo en su cuerpo.
- *Reflejos de palabras por palabras*: se repiten las palabras exactas o frases, lo que desarrolla el contacto interpersonal y la comunicación.
- *Reflejos reiterativos*: si un reflejo de los anteriores despierta una respuesta, se repite. Así se reconoce el contacto con el otro y favorece que se desarrolle la relación.

Ana, una enfermera de emergencias ve a Pablo (el paciente con esquizofrenia de un ejemplo anterior) apartado, sentado y cabizbajo enfrente del edificio donde hubo el derrumbe. Una vecina le ha informado que sufre una esquizofrenia, que es una persona afable aunque poco comunicativa.

Ana, acercándose suave y lentamente, mostrando respeto, se sitúa cerca de Pablo pero manteniendo una distancia que considera no intrusiva. Es invierno: “Hace frío en la calle”. No obtiene respuesta. “La calle está sucia, llena de polvo”. Pablo levanta la cabeza y mira a su alrededor. Por primera vez dirige la mirada a Ana, mostrando su angustia.

Ana: “Pareces angustiado”. No hay respuesta y Ana se sienta en la misma postura de Pablo y dice “estás aquí sentado con la cabeza agachada”. Pablo vuelve a mirar a Ana.

Pablo, por primera vez puede hablar: “No sé dónde está mi madre... va a llegar el fin del mundo”.

Ana percibe que Pablo está entrando en contacto con ella y le comunica lo que le pasa por la cabeza. Elige reflejar la frase más centrada en la realidad de la situación: “No sabes dónde está tú madre”.

Pablo reacciona: “¿dónde está mi madre, dónde está, qué ha pasado?”. Pablo ha contactado con Ana y salido de su ensimismamiento, Ana entonces le puede ayudar a centrarse en lo sucedido y a localizar a su madre.

Con las personas que presentan delirios y alucinaciones podemos⁹:

- *Evitar la aceptación implícita* del contenido psicótico y, *soslayando la confrontación* o negación de lo que nos dice, indicar, por ejemplo, que puede haber otras interpretaciones o maneras de ver lo que cuenta.
- Si está muy centrada en sus ideas delirantes y/o alucinaciones podemos *distraer la atención* hacia aspectos prácticos y cercanos y reconducir la conversación.
- *Alargar el campo temporal* de la visión de los sucesos, ayudando a distinguir experiencias pasadas de las presentes y a reatribuir el significado de estos sucesos a su momento.
- Ante la actitud de suspicacia y desconfianza *señalar la generalización* e inferencia que hace para reducir el temor indiferenciado, a algo concreto y manejable.
- *Facilitar el auto-manejo* interesándonos por la manera de afrontar dificultades en otras ocasiones y que se pueden poner en práctica ahora.

El que la persona afectada participe en el manejo de la situación y sienta que toma control sobre ella es muy importante para una satisfactoria resolución de la crisis.

Se trata de desarrollar una comunicación empática con las técnicas señaladas.

Luis está ya en una tranquila sala cercana al garaje y acompaña a Raquel esperando a su padre y a su madre para llevarla al Hospital. Mientras la acompaña físicamente intenta acompañarla psicológicamente para aliviar su angustia y soledad, y que su vivencia de la situación vaya reconduciéndose. Trata de establecer una comunicación empática pero Raquel de momento sólo ha sido capaz de decir lo que ha oído y teme que suceda.

Raquel: "Creo que me van a secuestrar y torturar".

Luis: "Has dicho que te van a secuestrar y torturar". Refleja y reconoce lo que la otra persona ha dicho. No hace falta dar la razón, se puede decir algo como "has dicho que...".

Entonces muestra su comprensión de lo dicho. Conviene usar frases como "Yo no veo que... la experiencia dice que...", mas bien que decir que no es cierto lo que dice la persona en crisis psicótica.

Luis: "Yo no lo veo así y las personas que hay aquí te queremos ayudar".

Ahora trata de imaginar como se siente Raquel y comprueba sus intuiciones. Se fija en señales del estado afectivo: tensa, inquieta... Hace tentativas más que aseveraciones. Conviene utilizar "imagino que yo me sentiría... si pensara que... ¿te sientes tú así?". Si la respuesta fuera "no", habría que mostrar interés genuino en la persona y seguir con preguntas abiertas.

Luis: "No sé como sería pensar que te van a secuestrar y torturar pero me imagino que debe ser muy angustiante... ¿cómo te sientes?".

Raquel: "Es más que angustiante, mi cabeza está estallando de tensión".

En este punto ayuda explorar los sentimientos y, si es posible, los medios de afrontamiento en función de si la persona ha padecido estas crisis antes o no. A veces simplemente reconocer los sentimientos del otro es suficiente. El mensaje implícito es: estoy contigo, te acompaño, estás segura conmigo.

Luis: “Entiendo que te sientes muy angustiada y como si la cabeza te estallara y no pudieras más”.

Si los sentimientos son desagradables, hablar de cómo se pueden afrontar ayuda. Si nos consideramos con manejo de la situación puedes continuar y utilizar frases como “Cuándo te has sentido... en el pasado... ¿qué te ha ayudado?”, o ¿cómo intentas aliviar esa sensación?”.

Luis: “¿Has intentado aliviar esa angustia de alguna manera?”.

Raquel: “No sé, no puedo...”.

Raquel no está sola, se siente acompañada y en cierta manera comprendida, ahora Luis está en condiciones de hablar de otras cosas, dar información sobre el accidente, esperar con mayor tranquilidad y facilitar mejores cuidados para Raquel.

Más allá de estos consejos de manejo de “primeros auxilios” hay actualmente gran desarrollo en técnicas psicológicas (cognitivo-conductuales sobre todo, pero también sistémicas y otras) para abordar los delirios y alucinaciones en una crisis psicótica¹⁰. Requieren una formación específica propia de especialistas en salud mental. Al final del capítulo se pueden encontrar lecturas complementarias en este sentido.

4.4. La familia y allegados

Más allá de utilizar a la familia o allegados como apoyo, si la persona afectada es la primera vez que sufre una crisis psicótica, ¿cómo debemos hablar con ellos?, ¿qué les decimos para explicarles que necesitamos su ayuda? Aquí son aplicables todos los principios de capítulos anteriores y especialmente el de comunicación de malas noticias, que describe cinco etapas para dar una “mala noticia”¹¹ y que no volveremos a explicar aquí: 1) prepararse para empezar (ver dónde, con qué medio de transmisión y a quién hay que comunicar), 2) descubrir qué sabe la familia (o allegados) y cómo les afecta, 3) reconocer qué quieren y están capacitados para recibir, 4) compartir la información y 5) responder a las reacciones de los familiares.

*Si queremos apoyarnos en la familia tenemos que cuidarla
y por lo tanto cuidar la comunicación con ella y el contenido
y forma en que damos la información.*

Nuestro objetivo en una situación de emergencia es utilizar todos los recursos disponibles para manejar la situación. La familia, además de cuidarla cómo afectada, tenemos *que ganarla como un apoyo* para cuidar a la persona en crisis psicótica. Esto, hacer a la familia partícipe, explicado adecuadamente, dando apoyo e información, es también un factor de ayuda para los familiares que se convierten en *agentes activos* y participan en el manejo y la toma de control de la situación¹².

Luis, llama por teléfono a la casa familiar de Raquel: “Hola, ¿es usted el padre de Raquel?”.

Es importante tratar de saber con quién hablamos, si hay varios miembros de la familia, quién está más capacitado para manejar mejor la información y si tienen ya parte de la noticia de lo que vamos a comunicar. En situaciones de emergencia es posible que no podamos conocer todo esto (aunque con un poco de calma por nuestra parte siempre es posible intentarlo). En este caso la comunicación telefónica es especialmente difícil pues no vemos las reacciones del interlocutor ni tenemos una impresión de sus capacidades de afrontamiento.

Luis: “Hola, estoy aquí con su hija Raquel que me ha dejado su teléfono para que les llame. Ella se encuentra bien, está a mi lado y ahora se pondrá al teléfono. Ha sufrido un accidente y está un poco aturdida y confusa. Yo soy un voluntario de Cruz Roja y...” Luis explica la situación pero es interrumpido.

Padre: “¿Pero mi hija está bien, le ha pasado algo?”... “quiero hablar con ella, ¿dónde está?”. Luis tiene que repetir la información hasta tres veces y asertivamente solicitar la ayuda del padre tras asegurar que ahora hablará con su hija.

Al hablar con la familia es importante:

- Dar la información gradualmente y esperar a que se vaya entendiendo y aceptando.
- Dar apoyo a la vez que facilitar que actúen como agentes de ayuda y participen en la gestión de la situación.

4.5. Reacción del emergencista ante una persona en crisis psicótica

Con frecuencia estas personas despiertan *temor, ocasionalmente justificado* por la actitud agresiva o la conducta violenta que pudiera aparecer. Muchas veces esto será debido a una reacción a sentirse amenazado o al temor de ser atacado, por ejemplo, ante alguien que habla de forma muy intrusiva o ante la proximidad excesiva. La actitud a seguir ante estas situaciones ya ha sido abordada en el capítulo de la comunicación con personas con conductas violentas.

Pero las más de las veces *este temor que podemos sentir se debe a lo extraño*, inexplicable del afecto, conducta y/o pensamientos de la persona con psicosis. Los psicoanalistas dicen que este temor puede ser debido a que esa persona contacta con aspectos internos nuestros que no entendemos y nos generan desasosiego¹³. Sin embargo creemos que fundamentalmente influye en esta actitud de temor, que muchas veces se transmuta en formas más o menos abiertas de rechazo, el *estigma asociado a la psicosis* que, en nuestro imaginario colectivo, significa locura. En nuestra cultura tenemos una imagen previa de la psicosis asociada a aspectos muy negativos por un lado y violentos por otro, de los que tenemos que ser conscientes para no actuar desde ellos.

La psicosis culturalmente lleva asociada un estigma del que tenemos que tomar consciencia para no actuar desde él.

Otra circunstancia que podría darse en otras culturas o en personas con gran antipatía hacia la psiquiatría, es una actitud de excesiva condescendencia e incluso *exaltación de la "locura"*. Recordemos que nuestra tarea es aliviar el sufrimiento, y una crisis psicótica genera mucho, sin descuidar que la adecuada aceptación de la persona que la sufre no implica la exaltación de su trastorno.

En la comunicación con personas en crisis psicótica es importante:

- Dar seguridad tanto psicológica como en aspectos básicos.
- Identificarse como cuidador y explicar la voluntad de ayuda.
- Utilizar a la familia y/o conocidos/as para dar esa seguridad y hacer de interlocución si es necesario.
- Facilitar un contexto tranquilo y en un primer momento el reposo
- En un segundo momento ayudar a tomar el control facilitando participar en el manejo.
- Facilitar información de forma clara y sencilla, tantas veces como sea necesario, asegurándonos de su comprensión.
- Mantener una actitud de escucha, receptiva y respetuosa y hablar sin emitir juicios, con interés genuino.
- Si está muy desconectada de la realidad facilitar el contacto utilizando “reflejos” (conductas que devuelven al paciente de forma sencilla a la realidad y a la comunicación con ella).
- No confrontar lo delirante pero facilitar la atención en aspectos prácticos de lo cercano.
- Estar atento a posibles prejuicios que condicionen nuestra conducta.

5. Situaciones especiales

5.1. Otras culturas

En muchas culturas diferentes a la Occidental, como en Asia, África y América del Centro y del Sur, se ha descrito una mayor frecuencia de reacciones psicóticas breves ante situaciones de estrés¹⁴. Parecen estar en relación con modos culturales de responder ante el estrés, malas condiciones de salud y contextos sociales deprimidos.

Debemos ser sensibles a las diferencias culturales y contextualizar lo que sucede (para lo cual hay que conocer la cultura local y

sus modos de responder al estrés), pues la mayoría de estas crisis se resuelven en días o semanas con el apoyo de su propia comunidad. Conseguir este apoyo puede ser difícil en situaciones de emergencia.

5.2. Poblaciones bajo amenaza

Refugiados, perseguidos políticos, personas en zonas en conflicto bélico o de post-guerra tienen en común la vivencia de estar en una *situación hostil*. Es normal estar más susceptible, prevenido y receloso (es adaptativo). Por otro lado, esta sensibilidad se relaciona con una mayor posibilidad de desarrollar cuadros psicóticos con ideas de estar perseguido, de ser perjudicado, vigilado... lo que popularmente llamamos “estar paranoico”.

Hay que ser sensible a la situación de fondo y comprender la dificultad de encontrar un contexto de seguridad para personas en esta circunstancia. Normalmente necesitaremos tiempo y la ayuda de personas de su grupo de referencia para poder establecer una relación de confianza y comunicarnos empáticamente.

5.3. Trabajo con intérpretes o mediadores

En algunas de las situaciones abordadas en los puntos anteriores tendremos que trabajar con intérpretes o mediadores. Sin entrar en detalle en este punto podemos señalar que el trabajo con un mediador puede facilitar nuestra actuación.

Un o una intérprete del grupo de referencia de la persona en crisis puede hacer de elemento de seguridad y facilitador de confianza. Es importante favorecer que no realice una traducción mecánica sino que transmita las emociones y particularidades culturales. Para ello tenemos que preparar a esta persona para que despliegue las habilidades de comunicación aquí señaladas con nuestra dirección, evitando prejuicios y estigmas asociados a la psicosis en su cultura. Nosotros debemos cuidar especialmente la comunicación no verbal para transmitir confianza y seguridad, tanto al mediador o mediadora como a la persona en crisis.

5.4. Las catástrofes colectivas

Creemos oportuno recordar aquí que cuando la emergencia de la índole que sea afecta a todo un colectivo, debemos entender la crisis psicótica como una forma de respuesta a esa crisis colectiva en una persona vulnerable¹⁵. Por lo tanto el abordaje de lo que sucede no debemos descontextualizarlo, evitando estigmatizar a esa persona y separarla de su grupo (a no ser que resulte imprescindible por razones médicas).

Recuerda

- La psicosis es un deterioro grave del funcionamiento mental con pérdida del contacto con la realidad, de la capacidad de introspección y de la de afrontar las demandas de la vida ordinaria.
- En emergencias podemos ver descompensaciones de trastornos mentales que ya sufría la persona afectada, psicosis orgánicas o tóxicas, y crisis psicóticas reactivas al estrés.
- Hay que valorar si la persona es un riesgo para sí misma o para otros, cuál es el mejor contexto dónde se sienta segura, qué apoyos tiene y si ha sido valorada ya médicamente es una tarea que debemos facilitar, pues es fundamental.
- En la comunicación hay que:
 - Proveer cuidados básicos y dar seguridad tanto psicológica como física.
 - Facilitar un contexto tranquilo y de descanso.
 - Cuidar la comunicación y utilizar a la familia y/o conocidos como recurso.
 - Ayudar a tomar el control facilitando participar en el manejo.
 - Identificarse como cuidador y facilitar información de forma clara y sencilla desde el principio.
 - Utilizar “reflejos” de contacto, conductas que devuelven al paciente de forma sencilla a la realidad y a la comunicación con ella.

- Procurar una actitud receptiva y respetuosa, y hablar sin emitir juicios, con interés genuino.
- No confrontar lo delirante y facilitar la atención en aspectos prácticos.
- Prestar atención a posibles prejuicios que condicionen nuestra conducta.
- Debemos tener sensibilidad cultural.
- En catástrofes colectivas manejar la crisis psicótica dentro del contexto de crisis más amplio, sin estigmatizar.
- En poblaciones hostigadas, las reacciones paranoides son frecuentes, ganarse la confianza es básico.
- No asustarse si hay que trabajar con mediadores culturales, con buena comunicación son una gran herramienta de ayuda.

Para complementar

Juan José Ruiz Sánchez, Juan José Imbernón González, Justo José Cano Sánchez. Psicoterapia cognitiva de urgencia de los estados psicóticos agudos, en <http://www.psicologia-online.com/ESMubeda/Libros/Urgencia/urgencia.htm>

Referencias bibliográficas

1. Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. Ed. Interamericana. 8ª ed. Madrid.
2. Hales, R.E.; Yudofsky, S.C. y Talbott, J.A. (1999). *Tratado de Psiquiatría*, 2ª ed., Barcelona, Ancora.
2. DSM IV-TR, (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Ed. Masson, Barcelona,
4. Robles, J.I. y Medina, J.L. (2003). *Intervención psicológica en las catástrofes*. Madrid. Síntesis.
5. Kilcommons, A.y Morrison, A.P. (2005). "Relationship between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors". En: *Acta Psychiatrica Scandinavica* vol. 112 5, pp. 351-359.

6. Monasterio, H. y Neumann, E. (1994) *Cuadros reactivos en víctimas de tortura*. Fasic. Santiago, Chile.
7. Jill Freedman, Gene Combs. (1996). *Narrative Therapy: The Social Construction of Preferred Realities*. NY: Norton.
8. Prouty, G. (2002). *Pretherapy: reaching contacta with impaired clients*. PCCS Books, Herforshire (UK).
9. Perona-Garcelán, S. y Cuevas-Yust, C. (2002). "Aplicación de la terapia cognitivo conductual sobre las ideas delirantes y las alucinaciones en un sujeto con el diagnóstico de esquizofrenia". *Psicothema* Vol. 14, n° 1, pp. 26-33.
10. Jiménez Estévez, J.F. y Maestro Barón, J.C. "Intervenciones psicoterapéuticas en el tratamiento psicosocial de la esquizofrenia". En: <http://www.portalsaludmental.com/pdf/Intervenciones%20psicoterapeuticas.pdf>
11. Buckman, R. y Kanson, Y. (1992). "Breaking bad news: a six-step protocol". En: R. Buckman (Ed.), *How to break bad news: a guide for health care professionals* (pp. 65-97). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
12. Muela, J.A. y Godoy, J.F. (2001). "Programas actuales de intervención familiar en esquizofrenia". *Psicothema*, vol. 13, n° 1, pág. 1-6.
13. Bauleo, A. (1991). "El espacio no-lógico de la psicosis". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 11, n° 39, pp. 299-304.
14. Kaplan, H. y Sadock, B.J. (1997). *Tratado de psiquiatria VI* (6ª Ed.) (3 Vols.). Inter-Medica Editorial. Madrid.
15. Martín-Baró I. (1990). *Psicología social de la guerra: trauma y terapia (compilación de textos)*. San Salvador: UCA editores.

13

Intervención en crisis con mujeres víctimas de malos tratos

Julia Sebastián Herranz

Almudena Sánchez Mazarro

Los objetivos del capítulo son:

- Describir las pautas de actuación por parte de profesionales de ayuda ante la situación de malos tratos.
- Identificar y describir las reacciones que puede tener una mujer tras haber sufrido malos tratos.
- Señalar las dificultades que los profesionales de ayuda pueden encontrar en su trabajo.
- Conocer las habilidades necesarias para una adecuada atención en crisis.
- Identificar las etapas por las que pasa una mujer víctima de malos tratos.
- Conocer algo más acerca de los malos tratos a mujeres.

1. ¿Qué son los malos tratos? ¿Qué es la violencia de género?

Laura es una mujer de 40 años que lleva casada 12 con su marido, Antonio. Tienen dos hijos: Elena de 8 años y Javier de 5.

Laura lleva sufriendo malos tratos desde que se quedó embarazada de Elena. Primero empezó el maltrato psicológico y posteriormente se añadieron agresiones físicas que aparecían de forma intermitente y fueron aumentando progresivamente de intensidad.

Los malos tratos han dejado de ser un problema privado y de intimidad de la pareja y han pasado a ser un problema público y social, que pone de manifiesto las deficiencias en la estructura de nuestra sociedad en cuanto al terreno de la igualdad entre hombres y mujeres. Actualmente supone una lacra social a la que se intenta combatir con medidas jurídicas, policiales y sociales de distinta envergadura y efectividad, siendo uno de sus mayores logros, además de la protección jurídica, la conciencia social y de opinión pública que ha suscitado un tema de tanta trascendencia.

Inicialmente habría que distinguir entre violencia doméstica o familiar, parejas violentas y violencia de género. La *violencia doméstica o familiar* es un concepto más global y amplio que incluye cualquier tipo de violencia que se pueda dar en el seno de una familia como, por ejemplo, violencia ejercida por los hijos hacia los padres, o viceversa, relaciones violentas entre hermanos, etc. Por otra parte, aunque en un porcentaje muy escaso, existen parejas que se agreden mutuamente, en las que existen roles intercambiables de ataque y defensa y cuya situación estaría recogida bajo el concepto de *parejas violentas* (violencia entre los dos miembros de la pareja). La *violencia de género* implica el ejercicio de la dominación del varón hacia la mujer en una situación de sometimiento impuesto y falta de libertad de la misma, como explicaremos más adelante. Finalmente, también la mujer puede ejercer violencia sobre el varón, aunque la frecuencia de este fenómeno es ínfima si la comparamos con la violencia del varón hacia la mujer. Esta última situación se encuentra excluida, para la mayoría de autores/as, de la denominada violencia de género.

En este capítulo vamos a centrarnos precisamente en la violencia de género, es decir, en aquella que ejerce un varón sobre una mujer y que reproduce los roles de dominación-sometimiento-control y ejercicio del poder que, en buena medida, están en la base de nuestro entramado social. No olvidemos que en la mayoría de las culturas a los hombres y a las mujeres se les han adjudicado diferentes roles, espacios sociales, tareas, derechos, responsabilidades, diferente naturaleza y características psicológicas, etc. Pero lejos de haber un reconocimiento de igualdad, lo que existe es una supremacía del varón y de lo masculino frente a una inferioridad de la mujer y de lo femenino, que se encuentra la mayoría de la veces desvalorizado (*“pareces una nenaza”, “las mujeres no pueden hacer lo mismo que los hombres, no están preparadas para ello”, “las mujeres están para atender a la familia y a los hombres”,* etc.), incluso llegando a establecer de manera más o menos sutil que la mujer es posesión del varón y que puede ser tratada como él juzgue adecuado (este “derecho” puede estar incluso recogido legalmente en algunas culturas). El hombre tiene reconocido el ejercicio del poder en la familia, sociedad, etc., y, para mantenerlo, puede recurrir a la fuerza o agresión y a reivindicar su privilegio masculino. La violencia de género no deja de ser un reflejo exacerbado de la diferencia entre los roles masculinos y femeninos y de las características asignadas a ambos en nuestra sociedad patriarcal. Por eso reseñamos que la violencia de género procede de la desigualdad entre hombres y mujeres.

Las razones por las que se llega a una situación de malos tratos (violencia de género) son múltiples y complejas. Entre ellas habría que señalar que los mandatos de género (aquello que deberían asumir ambos sexos) suponen una facilitación, al esperar de la mujer un comportamiento de sumisión y aguante y una actitud de entrega y renuncia preconizada por el ideal femenino y del amor romántico y, por otro lado, en el varón un comportamiento dominante y posesivo. Pero también existen otros elementos en juego, como haber crecido en un ambiente en donde la agresividad y la violencia han sido los instrumentos para la solución de problemas (antecedentes de malos tratos), la escalada de la violencia (necesidad de ejercer una violencia cada vez mayor), elementos psicológicos de vulnerabilidad personal (baja autoestima, personalidad dependiente, miedosa, ten-

dencia a la culpabilidad, etc.). Pero no olvidemos que la única razón por la que la mujer llega a esta situación es porque existe un maltratador que desea ejercer este tipo de dominación hacia *su* mujer y lo lleva a cabo.

La conducta violenta por parte del maltratador supone un intento de dominar y de ejercer el poder absoluto en la relación mediante la desvalorización continua y generalizada de la mujer, la humillación, la intimidación (infundir miedo) y el uso de la agresión física. En definitiva, lo que persigue es la anulación de la mujer y lo que consigue es una situación de destrucción psicológica, de devastación personal, que se ha comparado con los efectos de situaciones de tortura. Aunque los malos tratos se ponen de manifiesto sobre todo en situaciones de consumo de alcohol u otras drogas, la causa no reside en su consumo. La decisión o actitud necesaria es previa y estas sustancias sólo sirven como desinhibidores de este tipo de comportamiento.

Laura conoció a Antonio cuando ambos tenían 20 años y se enamoró de él. Estuvieron 5 años como novios en los que todo iba muy bien y Laura sentía que Antonio “era el hombre ideal”. Se comportaba de una forma especial con ella, era muy atento y cariñoso. Ella era una mujer con una buena red de apoyo social, una buena formación académica, muy eficaz y considerada brillante en su trabajo.

Cuando cumplieron los 25 se casaron. Los primeros años fueron bien pero, cuando Laura se quedó embarazada, las cosas comenzaron a cambiar. Antonio parecía estar de peor humor y Laura sentía que se estaba alejando de ella. Gritaba y se enfadaba por cosas que Laura no conseguía entender. Decía que no le prestaba ninguna atención y que sólo estaba pendiente de sus amigas y de su embarazo. Incluso llegó a sugerir que tal vez el bebé que esperaba no era de él sino de alguno de sus compañeros de trabajo a los que, según Antonio decía, les dedicaba mucho más tiempo que a él. Laura intentaba hacerle ver que no había nadie más en su vida, que ella sólo le quería a él y, angustiada ante la posibilidad de perderle, aceptó su petición de reducir su jornada laboral.

Sin embargo, cada vez las exigencias de Antonio eran mayores, al igual que sus enfados y quejas. La desvalorizaba y hacía sentirse mal continuamente. Le recriminaba con mucha frecuencia que ella no le quería, que nunca le había querido y que no valía para nada, sino que era una mala esposa y se iba a convertir en una mala madre. Poco a poco, Laura cada vez salía menos con sus amigas para evitar discusiones con él y que se enfadara. Ella estaba convencida de que sería algo transitorio, que estaría pasando por una mala racha que pronto terminaría y que él volvería a ser el de siempre. Pero la realidad era que esa situación se mantenía a lo largo del tiempo y cada vez iba a peor.

Los malos tratos que ejerce el hombre maltratador sobre la mujer pueden ser físicos, emocionales o psicológicos, sexuales, económicos, sociales, etc. Entre los físicos encontramos los puñetazos, golpes, quemaduras por sustancias tóxicas, intentos de estrangulamiento, navajazos, patadas en el embarazo, etc. y entre los psicológicos las desvalorizaciones, desprecios y críticas frecuentes, así como humillaciones, incluso delante de los hijos. A estos se añaden el aislamiento social para que no tenga a quien recurrir y para ser el maltratador el único referente en su vida, restricciones económicas y de salida de casa, destrucción de aquello con lo que la mujer tiene una relación afectiva (romper los objetos preferidos de ella, destrozar sus cosas personales, hacer desaparecer sus mascotas, etc.), mostrar celos patológicos que restringen la vida de la mujer hasta hacerla insoportable y culpabilizar a la propia mujer de las conductas violentas ejercidas por él, debido a su falta de habilidad o impericia (es la propia mujer la que le *obliga* a tenerla que castigar). En el terreno sexual, las violaciones pueden ser habituales, incluso anales, y las humillaciones, desgarros y penetración de objetos también forman parte de esta violencia y desprecio hacia la mujer. El maltrato puede aumentar en el embarazo y en cualquier circunstancia que haga a la mujer más vulnerable.

Ciclo de la violencia

Walker¹ y otros muchos autores/as, consideran que los episodios de malos tratos siguen, inicialmente, un ciclo de violencia que consta de tres fases:

1. Fase de acumulación de tensión. En esta etapa, se van acumulando incidentes o problemas que provocan un incremento de la tensión, por encima del que ya existía con anterioridad, con un agravamiento de la violencia psicológica hacia la mujer.

La situación se fue deteriorando cada vez más. Un día, Antonio volvió a casa del trabajo tras una gran discusión con su jefe. Era antes de la hora habitual y Laura no estaba en casa. Sonó el teléfono, era la profesora de Elena. Llamaba para comunicarles que la niña presentaba muchos problemas en clase y su rendimiento había bajado considerablemente.

2. Fase de agresión o explosión. Hace referencia al momento de descarga de la violencia física hacia la mujer, acompañada de violencia emocional y, en algunos casos, sexual. Si con el transcurso del tiempo, la rabia y el dolor que sufre la mujer van desapareciendo, puede dar lugar a la última fase.

Laura había salido a comprar un regalo para el cumpleaños de un amigo común de la pareja. Cuando llegó a casa, Antonio estalló en un ataque de ira y empezó a gritarle que era una cualquiera, que compraba regalos a todos los hombres menos a él y que era una egoísta. Laura no pudo aguantar las lágrimas y se puso a llorar. Entonces Antonio le dio una bofetada mientras gritaba: "¡Encima te haces la víctima!", la empujó contra la pared y después la tiró al suelo.

3. Fase de arrepentimiento o luna de miel: se trata de una fase en la que el maltratador trata de que todo vuelva a la calma para mantener a la mujer junto a él. Se muestra amable, protector y cariñoso. Promete cambiar y compensarle por todo. Muchas mujeres creen las promesas del maltratador, aunque la violencia no suele desaparecer sino que se volverá a repetir el mismo ciclo, convirtiéndose cada vez en más peligroso, hasta llegar a la desaparición de la última fase.

Al día siguiente, Antonio volvió a casa con un ramo de rosas y le dijo que la quería, que no podía vivir sin ella y que era capaz de hacer cualquier cosa para que estuvieran juntos. Le aseguró que eso no volvería a pasar y que iban a ser muy felices con su bebé.

Laura le creyó, deseaba conservar su pareja y fundar una familia. Pensó que, probablemente, todo había sido debido a un momento de descontrol de Antonio que se encontraba en una situación de mucho estrés.

2. Nuestra inseguridad como profesionales: preocupaciones y miedos en la intervención con mujeres víctimas de malos tratos

Aunque la conciencia social y la opinión pública sobre el maltrato a la mujer han realizado un giro espectacular asumiendo el grave problema que supone, tanto en lo que respecta a los derechos humanos como a la salud, todavía muchos sectores de la sociedad siguen conservando mitos y creencias que no se adecuan a la realidad. Por ello, creemos necesario que los profesionales de emergencias revisen sus propios posicionamientos e ideas erróneas sobre la violencia de género, porque conecta con la ideología construida alrededor de la diferencia entre varones y mujeres en nuestra cultura y, a veces, estas implicaciones dificultan un conocimiento objetivo sobre el tema.

Muchos profesionales siguen creyendo, desafortunadamente, que los malos tratos son un tema privado de la pareja y tienden a situarse en una posición equidistante entre las “posibles razones” del varón para ejercer esa agresión y la situación de desprotección actual de la propia víctima. El/la profesional de ayuda debe tener claro el reconocimiento de la situación de victimización de la mujer y la clarificación sobre las causas de la misma. De otra manera, podríamos estar mandando mensajes equívocos, de culpabilización o de insignificancia del hecho, a todas luces inadecuados. Por tanto, volvemos a defender la necesidad de que los profesionales de ayuda y de los servicios de emergencia tengan formación específica sobre este tema que beneficie a las propias víctimas y que para ellos/as signifique una mayor seguridad en su actuación profesional.

Una de las cuestiones que un/a profesional de ayuda debe interiorizar es que la violencia física lleva siempre aparejada –y previa– una violencia emocional o psicológica que, en la mayoría de los casos, es más perjudicial que la violencia física.

La violencia emocional o psicológica supone desvalorizar, humillar, controlar, atemorizar a la mujer y tiene un mayor poder de desestabilización personal que la violencia física propiamente dicha. Su repercusión es muy negativa en todos los ámbitos o roles que desempeña la mujer (esposa, madre, persona, etc.) y sobre este aspecto debemos incidir en nuestra atención en crisis.

Una mujer maltratada no sólo se siente humillada por los golpes, se siente (y está) desestructurada psicológicamente por el propio maltratador.

Entre los miedos más comunes en los profesionales de ayuda se encuentran los siguientes:

- Miedo a contactar con un delito violento y de extrema crudeza realizado por una persona con la que la víctima tiene también vínculos afectivos importantes.
- Miedo a no poder contactar con la víctima y a no saber cómo actuar.
- Miedo a inmiscuirse en el terreno de la privacidad de la pareja.
- Miedo a no poder asumir la atención a una víctima por identificación con la misma, en caso de ser mujer.
- Miedo a no saber como actuar en el caso de que hubiera menores.
- Miedo a ser agredido/a por el maltratador.
- Si se es varón, miedo a que la víctima nos identifique como del grupo de los agresores.
- Preocupación por creer que la víctima y menores pueden estar en peligro vital.

La mayoría de las víctimas de malos tratos se sienten más cómodas con profesionales de ayuda que son mujeres, debido a que entienden que pueden obtener una mayor comprensión de su situación por parte de aquellas personas que comparten experiencias relacionadas con el género. Sin embargo, no debería ser una cuestión de sexo el mostrar sensibilidad, comprensión y respeto, pues el maltrato a la mujer no es un tema que sólo atañe a las mujeres, atañe por igual a ambos sexos. Sin embargo, el que este hecho sea así, refleja que la sociedad en general asume que, por parte de los varones, existe una escasa conciencia e implicación en este tema, que hace incluso posible que la víctima pueda identificar a otros varones como pertenecientes a la “clase” de los agresores o con altas probabilidades de que asuman una ideología subsidiaria y carente de derechos y libertades de la mujer.

3. Habilidades y conocimientos básicos de las/los profesionales de emergencias necesarios para la atención a víctimas de malos tratos

Como hemos mencionado anteriormente, es necesario incidir en las actitudes previas con las que realizar una intervención en crisis con mujeres víctimas de malos tratos. Con ello mejoraremos nuestras habilidades de acercamiento y de atención psicológica en una situación de crisis.

Entre las actitudes previas con las que un/a profesional de ayuda debe realizar su trabajo encontraríamos las siguientes:

- Creer a la víctima.
- Desarrollar una actitud de escucha activa respetuosa hacia una persona que está inmersa en un proceso de maltrato y de alta vulnerabilidad personal. Como dice Blanco² “ser escuchada y creída puede ser para la mujer una experiencia importante de reafirmación”.
- Mostrar una actitud de comprensión y apoyo hacia una persona agredida en su integridad personal (y no sólo física). Los malos tratos ocasionan una destrucción psicológica de tal calibre que ha sido denominado por algunos autores “terrorismo psicológico”.
- Ofrecer una actitud general de tranquilidad, comprensión y control de la situación.
- Mostrar una actitud paciente y respetar su dificultad para tomar decisiones, analizar objetivamente los hechos, etc.
- La actitud de el/la emergencista debe ser la de valorar positivamente a la mujer y culpabilizar al agresor.
- El/la profesional de ayuda debe proteger la privacidad de la víctima y respetar la confidencialidad. En muchos casos la sociedad asume veladamente algún grado de culpabilidad de la víctima, por lo que se puede producir una segunda agresión a la mujer o victimización secundaria.

- No asumir los mitos e identificar los aspectos reales de lo que supone una situación de malos tratos. En el punto 7 del capítulo expondremos y rebatiremos algunos de estos mitos.
- Asumir una actitud empática. Para ser capaces de ponernos en el lugar de la víctima, creemos importante conocer cómo nos podemos encontrar a nivel psicológico a una persona que es víctima de malos tratos y las implicaciones que tiene el hecho de que la persona que la ha agredido es, en la gran mayoría de los casos, aquélla con la que compartió una historia de amor y un proyecto de vida y familia juntos.

3.1. Prepararnos para desarrollar una actitud empática ante las reacciones de la mujer

Cuando los/las profesionales de emergencia proceden a intervenir en una situación de malos tratos, pueden encontrarse con una gran variedad de situaciones. Cada una de ellas es distinta y las circunstancias en las que el/la profesional interviene pueden variar mucho. Algunas de estas diferencias fundamentales pueden deberse, por ejemplo, al estado de la mujer, la presencia o no del agresor en el domicilio, la existencia de hijos/as, etc.

Las mujeres víctimas de malos tratos pueden tener diferentes reacciones emocionales y comportarse de manera muy distinta. En todos los casos hay una importante afectación emocional pero, dependiendo de cada mujer, ésta se puede mostrar de una forma más o menos visible al exterior.

Si bien podemos encontrarnos con una mujer en un estado de shock, que se caracteriza por bloqueo, desorganización y confusión, cada persona es diferente, al igual que cada agresión y las implicaciones y consecuencias que trae consigo, por lo que las reacciones pueden variar unas de otras. Algunas mujeres reaccionarán de forma más expresiva mientras que otras, por el contrario, podrían hacerlo de forma más “silenciosa”.

No debemos perder tampoco de vista que hay mujeres que llevan soportando esta situación durante mucho tiempo, con las importantes consecuencias que ello tiene en el deterioro de su estado psicológico. En términos generales podemos decir que es frecuente que aparezcan algunas de las siguientes reacciones:

- *Miedo y angustia ante la situación.*

Son reacciones muy comunes ya que la víctima acaba de pasar por una experiencia de agresión por parte de su pareja, en la que puede haber sentido que su vida estaba en peligro. Esta situación provoca una respuesta emocional de pánico muy intensa que puede llegar a bloquearla. Unido a esto, puede existir angustia por no saber qué hacer después, cómo salir adelante sola, qué determinación tomar, preocupación por los hijos, etc. Las reacciones de nerviosismo generalizado, temblores y/o llanto pueden ser las consecuencias del miedo y la angustia. En una situación de atención en crisis debemos también tomar en cuenta que algunos de sus hijos/as menores han podido presenciar o haber sido también víctimas de maltrato, de modo que la mujer puede estar muy preocupada por esta cuestión.

- *Dependencia emocional.*

Si la situación de malos tratos se ha venido prolongando en el tiempo, como es lo habitual, los recursos psicológicos de la mujer se encuentran mermados casi con total seguridad, de modo que, en estos casos, nos encontraremos con una mujer con una gran dependencia emocional e inseguridad. Poco a poco, el maltratador ha ido reduciéndole los círculos de relación social y limitándole las actividades sociales. Este aislamiento social genera dependencia y produce que, incluso cuando la mujer decida acabar con la situación de maltrato, se sienta insegura e incapaz de salir adelante sola, sin iniciativa e incapaz de tomar decisiones. Además, es muy posible que aparezcan falta de asertividad e incapacidad para exigir sus derechos.

- *Aturdimiento y embotamiento afectivo.*

Así como confusión, desorientación, mareos y pérdidas de memoria. Generalmente aparece en mujeres que aún están en estado de *shock* y después de haber recibido golpes en la cabeza.

- *Baja autoestima y autoconcepto.*

En una situación de maltrato prolongado, la mujer ha podido experimentar dudas sobre sí misma, su valía, sus valores y su autoconcepto de forma constante. Esto supone un fuerte golpe para su autoestima que genera un deterioro tremendo de su imagen como persona. Puede considerar que ha fracasado en su rol femenino de mantenimiento de la familia, culparse y avergonzarse por lo ocurrido. A esto se unen sentimientos de angustia e infravaloración así como de humillación y sumisión ya que el maltratador la ha tenido menospreciada, haciéndola sentir que no servía para nada. Por tanto, podemos encontrarnos a mujeres con un estado de ánimo muy deprimido con sentimientos de desesperanza y vacío. Esta pérdida de esperanza puede llevar a un alto porcentaje a considerar el suicidio (un 32,5% de acuerdo con en el estudio de Villavicencio y Sebastián³).

- *Irritabilidad y desconfianza.*

Pueden aparecer reacciones de este tipo cuando estemos interviniendo. No tenemos que considerar que van dirigidas hacia nosotros a nivel personal, sino que son consecuencias lógicas de la situación que vive la víctima. Además, como hemos indicado previamente, en numerosas ocasiones nos podemos encontrar con mujeres que se encuentran aisladas socialmente y este hecho puede contribuir a la desconfianza en nosotros, que en realidad somos personas desconocidas para ella.

- *Posición corporal de defensa, retraimiento e hipervigilancia.*

La mujer puede estar padeciendo un fuerte nivel de estrés mantenido a lo largo del tiempo y vivir en estado de alerta, como consecuencia de soportar una situación en la que se producen agresiones en muchos casos de forma repentina o que resulta impredecible saber cuándo o por qué se van a producir.

- *Problemas para contar lo que ha ocurrido.*

Cuando la situación vivida ha provocado una respuesta emocional muy intensa puede llegar a desestructurarla; de ahí que las respuestas verbales sean lentas, confusas y descoordinadas. Además, puede aparecer un lenguaje no verbal incoherente con lo que se está contando (por ejemplo, la mujer puede sonreír en algún momento mientras esté contando lo sucedido). Podemos hallar desde una incapacidad para decir una sola palabra, a un lenguaje acelerado o tartamudeo, si el grado de estrés emocional es muy elevado.

- *Intentos de justificar lo sucedido*

Hacerlo mediante minimización o autoinculpación. de lo que ha ocurrido e intentos de disculpar al maltratador. La minimización constituye un mecanismo de defensa por el que la mujer intenta quitar importancia a lo ocurrido y puede generarle momentáneamente una sensación de alivio y evitar tener que reconocer el maltrato. Los intentos de disculpar al maltratador también pueden ser frecuentes, así como las verbalizaciones de su sentimiento de culpabilidad. Por ejemplo: “La culpa es mía. Dije algo que no le gustó e hice que se enfadase conmigo”. Además de la minimización, la disociación es otro mecanismo de defensa. Se trata de separar la experiencia psicológica de la física cuando la agresión tiene lugar. Podemos considerar que sería como “no estar presente” a nivel psicológico mientras se produce el maltrato. Este mecanismo, a largo plazo, puede generar desintegración en la mujer, así como dificultades para integrar las experiencias con las emociones.

- *Vergüenza y miedo a que el/la profesional de ayuda no la crea o la juzgue.*

Aún cuando la mujer sí esté dispuesta a aceptar que su pareja la maltrata y que tiene que dar los pasos necesarios para cambiar esa situación, puede encontrarse avergonzada ante la posibilidad de reconocerlo ante otras personas o ansiosa ante la actitud del profesional de ayuda hacia ella. Puede pensar que

no van a comprenderla o que van a juzgarla por haber tolerado esa situación. Debemos ser conscientes de que reconocerse maltratada es muy doloroso. Es por ello que debemos tener la mejor actitud posible ante la víctima que le permita sentirse cómoda. No podemos olvidar que nosotros no estamos allí para juzgar, sino para ayudar.

La baja autoestima que suele sentir la mujer después de haber sido continuamente desvalorizada en todos los ámbitos de su existencia, y su conocimiento de que la sociedad le hace en parte responsable de lo que está ocurriendo, le lleva a una sensación de vergüenza, culpa y a sentirse rechazada e incomprendida.

El/la profesional de ayuda debe darse cuenta también que la mujer víctima de malos tratos asume la responsabilidad del fracaso familiar y conyugal y debe, en muchos casos, hacerse cargo en solitario de los hijos.

4. Procedimiento para la intervención en crisis con una mujer víctima de malos tratos

El sábado, Antonio volvió a casa sobre las 10 de la noche visiblemente enfadado. Laura le preguntó: “¿Qué te ocurre?”. A lo que Antonio respondió: “¿Que qué me ocurre? La culpa de todo la tienes tú, que no vales para nada, mírate, me das asco...”. Laura con voz asustada se atrevió a decir: “¿Pero qué he hecho esta vez...?”. Antonio, sin dejarla terminar, le dio una bofetada mientras le gritaba: “Cállate, cállate estúpida. A mí no te atrevas a rechistarme...”. Y comenzó a propinarle una brutal paliza. Laura intentaba defenderse pero no podía. Al final, Elena, la hija de 8 años, salió de su cuarto corriendo y empezó a suplicarle a su padre que parara. Cuando los golpes cesaron, Antonio se fue y Elena se quedó junto a su madre mientras el pequeño Javier lloraba desconsolado en su cuarto.

Mientras que la agresión estaba teniendo lugar, el vecino de al lado, que oyó lo que ocurría, llamó al 112.

En la situación en que se encuentra una mujer víctima de malos tratos, el procedimiento de intervención debe tener como base cuatro pilares fundamentales. La mujer debe sentirse:

APOYADA – ESCUCHADA – RESPETADA Y ORIENTADA

Aunque estos elementos deben estar siempre presentes en la intervención en crisis, los dos últimos se hacen especialmente importantes en la situación del maltrato, ya que muchas mujeres perciben –y lo corroboran algunas opiniones y algunas sentencias judiciales– que el maltrato puede ser la consecuencia de acciones u omisiones de la propia víctima, en el sentido de hacerles responsables o causantes de la situación. Por ello, una actitud de respeto y apoyo supone un elemento muy positivo en la consideración de ella misma y de la situación que vive por parte de las instituciones que tienen como misión la ayuda, la protección y la justicia.

En cuanto al último aspecto, en una situación de malos tratos, precisamente por la violencia y agresión física a la que ha sido sometida, la mujer necesita sentirse orientada en el presente y en las actuaciones que pueden llevarse a cabo una vez que la víctima ha pedido ayuda. Los golpes, patadas y puñetazos –muchos de ellos en la cabeza– han podido hacer mella en la víctima y causarle un estado de confusión y desorientación que, en ocasiones, no es valorado por el profesional de ayuda.

Cuando los profesionales de emergencia llegaron al domicilio, Laura se encontraba muy nerviosa y visiblemente asustada. Estaba confusa, algo desorientada y no paraba de llorar y temblar. Se sentía muy mareada y le dolía mucho a cabeza. Presentaba numerosos hematomas y contusiones y se quejaba de un intenso dolor en el hombro izquierdo que le impedía moverlo.

Estaba sentada en el suelo con una posición corporal de defensa y su primera actitud fue de desconfianza hacia la llegada de los servicios de emergencia.

A continuación exponemos un procedimiento general para la intervención en crisis con mujeres víctimas de malos tratos:

- Presentarnos e indicar el título o posición.
- Valorar si la persona ha sufrido lesiones que requieran asistencia médica de emergencia, si todavía está en peligro físico o si el agresor no se ha ido o la retiene como rehén. Debemos preguntar a la víctima sobre lo que ha pasado para hacernos una idea sobre sus heridas y dónde sufre dolor. Si hay una necesidad de traslado inmediato a un hospital debido a la gravedad de sus lesiones, disponer lo necesario para llevarlo a cabo.
- Determinar el estado emocional de la víctima y ofrecerle apoyo, respeto y comprensión. Como hemos visto antes, podemos esperar que la mujer esté muy asustada y que, dependiendo de lo ocurrido, sea incluso incapaz de articular palabra, seguir un relato lógico o valorar su situación.
- Si la persona está en una situación de nerviosismo, agitación, etc., normalizar este tipo de reacciones mediante mensajes como, por ejemplo: *“es normal que estés alterada (o que estés nerviosa), has pasado por una situación muy difícil y violenta”*. Como expone García Díaz⁴, los mensajes de inhibición como *“no llores”* o *“cálmate un poco”* son inapropiados la mayor parte de las veces, ya que podemos con ello dar la impresión de incompreensión de la situación, al mismo tiempo que estamos dando protagonismo a estas reacciones. Es recomendable hacer un comentario como los anteriores una sola vez. Si fuera necesario, podemos ayudarla a tranquilizarse y relajarse mediante algún ejercicio respiratorio.
- Hacer sentir a la víctima tan cómoda como sea posible. Buscar un sitio aparte, reservado, para interactuar con ella.
- Mantener a la mujer en una situación de privacidad, no exponiéndola a la mirada pública de vecinos.
- Si la persona se muestra contradictoria, no cooperadora, irascible, etc. no tomarlo como algo personal. La desconfianza y la indefensión pueden ser actitudes generalizadas en su vida. Los sentimientos ambivalentes que puede estar sintiendo con respecto al maltratador la pueden posicionar en un deseo de castigo, por un lado, y de protección del agresor, por otro.

La ambivalencia hacia el agresor es una respuesta que podemos esperar ya que, además de ser el que le ha infligido los malos tratos (físicos, psicológicos y sexuales), es, ha sido y en algunos casos continuará siendo su pareja afectiva y con el que ha mantenido vínculos amorosos y proyectos vitales.

- Ofrecerle seguridad mediante mensajes tranquilizadores y con un tono de voz que muestre nuestra cercanía y comprensión. (“Estamos aquí para ayudarte”). No debemos hablar con voz alta, impersonal y como si nos supiéramos de memoria el protocolo o pensar que, porque le llamemos por su nombre, ya estamos acercándonos a la víctima. No debemos utilizar calificativos despectivos hacia el maltratador, ni prometer que no le volverá a hacer daño así como entender que la víctima ha asumido la peligrosidad de la situación o la ha enjuiciado objetivamente.
- No dejar a la víctima sola, aunque sea momentáneamente. Su sensación de peligro o inseguridad se acentuarán.
- Asumir una escucha activa con devoluciones empáticas. Preguntar aquello que creamos necesario para la valoración del caso sin interrogar, ni solicitar detalles (a no ser que seamos policías). No suele ser necesario hacer muchas preguntas, pero sí empatizar con lo que nos vaya contando, mediante mensajes en los que aparezcan comprensión y apoyo.

(El profesional, con un tono de voz cercano): “Buenas noches. Mi nombre es José Fernández y soy profesional de emergencias. Estoy aquí para ayudarla. (Hace una pequeña pausa) ¿Cuál es su nombre?”.

Laura: “Laura”.

José: “Muy bien, Laura, ¿te parece bien que nos tuteemos?”.

(Laura asiente).

José: “¿Cómo te encuentras?”.

Laura: “Pues... no lo sé... asustada... un poco nerviosa”.

José: “Entiendo que estés asustada y nerviosa. Es normal después de vivir esta situación. Quiero que sepas que estamos a tu disposición para ayudarte en lo que necesites. Ahora mismo estás segura y no te voy a dejar sola. (Hace una breve pausa antes de preguntar) ¿Puedes, por favor, contarme qué ha ocurrido?”.

Laura: “Bueno, hemos discutido... y sin querer, me he hecho daño”. (Llora y se lleva la mano al hombro izquierdo con un evidente gesto de dolor).

José: “¿Te duele el hombro?”.

Laura: “Sí, me duele mucho”.

José: “No te preocupes que ahora mismo vamos a examinarlo. ¿Me permites hacerlo?”.

(Laura asiente).

(José procede a examinar el hombro y mientras lo hace continúa preguntando): “Además del hombro, ¿te duele alguna otra zona?”.

- Potenciar su capacidad de decisión (si la mujer está en condiciones). En una situación de *shock*, ayudarla a que reaccione, se oriente y nos explique cómo se siente o ayudarla a reconstruir lo sucedido.
- No culpabilizar ni responsabilizar a la víctima de lo ocurrido. No hacer preguntas que impliquen que ella es de alguna manera responsable del maltrato. Explicar, si es necesario, el motivo por el que se solicita algún dato. Ante determinados contenidos verbales, por parte de la mujer, en referencia a sentirse culpable o una persona despreciable, es necesario que emitamos un mensaje de aprecio y consideración positiva incondicional. (“*Nos estás demostrando que eres una persona valiosa y valiente*”). Si la víctima se hace a sí misma autorreproches por haber realizado alguno de sus comportamientos previos debemos responder que “*el único culpable de lo sucedido es el agresor. Nadie merece ser maltratada*”.

Tenemos que recordar que una mujer maltratada ha sufrido un golpe brutal en su autoestima y, por ello, podemos encontrar justificaciones o minimizaciones de lo ocurrido que no se corresponden con un juicio adecuado de los hechos. La dependencia afectiva puede ser una consecuencia de ello.

- Muchas mujeres sienten una situación de miedo e indefensión muy fuerte, pueden incluso pensar que nunca se va a acabar su sufrimiento. Por ello, debemos mandar mensajes positivos y con sensación de que puede controlar el curso de su vida (*“Puedes salir de esta situación, ahora hay ayudas para que lo consigas”*).
- Hablar con la víctima y mantener contacto verbal, aunque apenas responda. Ella te está oyendo, aunque probablemente no desea que continuamente estés hablando. No charlar sólo sobre cosas irrelevantes o triviales, sino de cosas pertinentes: (*¿Estás mejor ahora?, ¿Estás herida en algún otro lugar? ¿te duele algo?, Te llevaremos al hospital pronto, ¿quieres que llamemos a alguien?*, etc.). Asimismo, no debemos bromear.
- Algunas mujeres sienten consuelo con el contacto físico, mientras que otras no lo suelen admitir. Debemos dejar que sea la propia mujer la que lo vaya expresando mediante su comportamiento de aproximación. No obstante, suelen agradecer algún tipo de contacto (cogerles la mano, del brazo para andar, permitir llorar en hombro, etc). Si no estamos muy seguros/as, podemos preguntar sobre ello o invitar a que se apoye en nosotros/as.
- No hacer que la víctima sienta vergüenza por lo ocurrido, sobre todo en el caso de que se le haya impuesto por la fuerza algún tipo de contacto sexual o se encuentre semidesnuda. Facilitarle alguna prenda para que pueda taparse.
- Permitir que llore o exprese sus sentimientos, sin insistir en que te cuente lo que le ocurre. Es conveniente que la persona pueda sacar fuera la tensión vivida y el miedo experimentado.
- Asegurarle que actuó de manera correcta al pedir ayuda. Ofrecer nuestro apoyo siempre que lo necesite.

José: “Laura, ¿te encuentras un poco mejor?”.

Laura: “Sí, algo mejor. (De repente, se sobresalta.) Mis hijos... ¿mis hijos dónde están?”.

José: “Mi compañera Beatriz está cuidando de ellos en el cuarto de al lado y se encuentran bien. Están jugando”.

Laura: “Mis niños... pobrecitos, ¡que hayan tenido que pasar por esto...! Hice enfadar a mi marido y él no quería hacerlo, pero me pegó... Es un buen hombre... en el fondo la culpa de todo es mía”.

José: “No, Laura, escúchame, por favor (Hace una pausa y Laura le mira fijamente). Tú no tienes la culpa. Tu marido es quien te ha pegado y no tiene ningún derecho a tratarte así, no puede tratarte así. Ni tú ni nadie se lo merece y no debes consentirlo. El único culpable de lo que ha pasado es él”.

Laura: “Puede que lleves razón pero es que no puedo más, no valgo nada...”.

José: “Permíteme decirte que no es así. Eres una persona valiosa y capaz”.

Laura: “No, no sé cómo he dejado que me pase esto... no sé cómo dejarle, ahora ya es demasiado tarde”.

José: “No es demasiado tarde, Laura. Te estás comportando como una persona muy valiente y eso me demuestra que eres totalmente capaz de acabar con esta situación. Estoy seguro de que vas a salir adelante y además nosotros te vamos a ayudar en todo lo que podamos”.

- En caso de no saber qué hacer, no dudar en solicitar a la víctima orientación sobre cómo desea ser tratada. Podemos preguntarle qué es lo que más necesita en ese momento. La mayoría de las mujeres pueden pedir no estar solas, protección policial, atención médica, ayuda de familiares y amigos o atención psicológica. Debido a su *shock* emocional muchas mujeres no están seguras de lo que necesitan. Debemos intentar solucionar estas demandas en la medida de nuestras posibilidades.

- Ofrecernos a llamar a alguna persona, si ello le tranquiliza y consuela. En líneas generales, el aislamiento al que ha estado sometida por parte del maltratador propiciará que la mujer no cuente con muchos apoyos por parte de familiares y amistades y que su sensación de soledad sea profunda.
- Decirle qué va a suceder de acuerdo con tu conocimiento. Por ejemplo, explicarle lo importante que es contar con el parte de lesiones de cara a denunciar los malos tratos (si así lo desea). Denunciar debe ser decidido por la mujer. Si fuese posible, ofrecerse a acompañarla en todo el proceso.
- Abstenerse de darle consejos. Sugerirle que consulte a profesionales o asociaciones especializadas, informándole de centros y direcciones.

José: “Laura, ahora te vamos a trasladar al hospital, si te parece bien. Allí te pueden hacer unas pruebas para el hombro y también sería importante redactar un parte de lesiones que pueda ayudar en la denuncia”.

Laura: “¿Cree que debo denunciar?”.

José: “Laura, yo creo que debes hacerlo pero tienes que tener claro que no soy yo la persona que tiene que tomar esa decisión. Eres tú la que tiene que decidirlo y estar convencida de que eso es lo que quieres hacer. (Hace una pausa). Piénsalo...”.

Laura: “Sí, lo voy a hacer. Tengo que acabar con esta situación”.

José: “Muy bien, Laura. ¿Ves cómo eres una persona muy valiente? (Esboza una sonrisa) Te llevaremos al hospital y una vez que te hayan examinado, un compañero policía procederá a tomarte declaración y te explicará el proceso de la denuncia. ¿Quieres que llamemos a alguien para que te acompañe o esté con los niños?”.

Laura: “Sí, a mi hermana. Quiero que se quede con ellos”.

José: “Ahora mismo la llamamos. (Observa que Laura está nerviosa). Tranquila, Laura, vas a salir adelante. Debes saber que no estás sola en esto y que existen Centros de la Comunidad

y ONGs que te pueden ayudar y acompañar en todo el proceso, por ejemplo, proporcionándote una abogada o un sitio donde estar. Más tarde te daremos toda la información que creamos que puede ayudarte y te pondremos en contacto con ellos”.

Otros elementos a tener en cuenta:

Cuando se deba trasladar a la víctima a un hospital, debemos salvaguardar su privacidad, indicando que la víctima sufrió una agresión y sólo se comunicará, en voz baja, el tipo de agresión a los profesionales. De lo contrario mucha gente se quedará mirando fijamente a la víctima lo que aumentará su malestar.

Una vez que se tenga el parte de lesiones, se puede ir a denunciar la agresión. Muchas asociaciones de ayuda a mujeres recomiendan que la denuncia se ponga en el Juzgado, todavía mejor si el Juzgado es de violencia de género y que se vaya acompañada de una abogada/o (de un Centro público o una ONG de ayuda a mujeres maltratadas), ya que según el tipo de información que aparezca en la denuncia se van a obtener diferentes consecuencias en el ámbito judicial; por tanto, es mejor hacer la denuncia con el asesoramiento de una letrada. También se puede poner la denuncia en la comisaría de policía.

5. Cuando la petición de ayuda se recibe por teléfono

Cuando la primera atención a una mujer víctima de malos tratos se realiza por teléfono, la tarea por la que el personal de apoyo en situaciones de crisis debe comenzar es determinar si la víctima todavía está en una situación de amenaza para la vida y si ha sufrido lesiones que requieran asistencia médica inmediata. Para conocer esta información se puede preguntar si el agresor está todavía con ella y qué tipo de agresiones o heridas ha sufrido.

La labor siguiente es determinar el estado emocional de la persona. Mediante preguntas podemos saber si muestra cierto control de la situación, o desorientación y un nivel alto de angustia y temor.

(Por ejemplo: “*Cuénteme, por favor, lo sucedido*”). También debemos preguntar si hay alguien más con ella en estos momentos, por si la existencia de menores o personas discapacitadas pudiera requerir un dispositivo de otro tipo.

La atención telefónica debe regirse por los siguientes elementos:

- Mostrar apoyo, comprensión y transmitir tranquilidad. En algunos casos, las víctimas pueden tener dificultades para hablar, por lo que debemos ser pacientes y tolerar un relato inconexo y descoordinado.
- Escuchar muy cuidadosamente. Puede que sólo exista una ocasión de oír la localización si una víctima cuelga demasiado rápido o se corta la llamada.
- Si es necesario, ayudar a la víctima a que se oriente y hable de forma que podamos entender lo que dice. Hacer devoluciones empáticas tomando en cuenta su situación. (*“Entiendo por lo que está pasando, pero haga un pequeño esfuerzo para que yo pueda entender lo que me dice”*).
- Permitir que la víctima llore y se desahogue, estando siempre en contacto. No hay que olvidar que en muchas ocasiones, aunque esté llorando, la persona sigue escuchando el teléfono por lo que el/la profesional de ayuda debe continuar hablando con la víctima transmitiendo confianza, apoyo y respeto de forma tranquilizadora.
- Transmitir a la mujer lo que se está haciendo para ayudarla. (*“Estamos enviando un coche patrulla y una ambulancia ahora. Por favor, no cuelgue. Intente continuar hablando conmigo. Estarán con usted en poco tiempo”*).
- Ofrecernos a ponernos en contacto con algún familiar o amigo/a para que sepa de la situación y pueda acompañarla.
- Es conveniente que podamos seguir en contacto telefónico hasta que los servicios de ayuda se personen. Con frecuencia, las víctimas se angustian mucho después de dar la información, colgar y permanecer a la espera.

- No discutir o tratar ningún detalle del incidente con la mujer. Si la víctima deja salir un gran sentimiento o emoción, intentar tranquilizarla y calmarla. Si está dando más detalles de los necesarios, no la corte de forma contundente. (*“Entiendo cómo de angustioso está siendo esto para ti. Un/a profesional de ayuda estará enseguida contigo para ayudarte y tomar un informe detallado”*).

6. Consecuencias de los malos tratos

Ante una situación de malos tratos, nos podemos encontrar con signos y síntomas de violencia tanto físicos como psicológicos. Probablemente, podemos pensar que los físicos resultan más fáciles de reconocer, ya que pueden ser más accesibles en principio o estamos más familiarizados con ellos. Sin embargo, debemos recordar que también es posible que, en algunos casos, no encontremos marcas directas de violencia física (arrancarle la ropa, forcejeos, utilizar procedimientos para no dejar huellas, etc.).

Principales tipos de síntomas físicos que pueden aparecer de forma más habitual:

- Hematomas, contusiones y magulladuras.
- Heridas, cortes, incisiones, etc.
- Quemaduras.
- Signos de intentos de estrangulamiento o asfixia.
- Derrames oculares.
- Rotura de huesos, dislocaciones y diversos traumatismos.
- Lesiones internas, por ejemplo de tipo abdominal o de espalda.
- Visión borrosa, aturdimiento o, incluso, pérdida de la consciencia.
- Daños medulares o neurológicos (como lesiones en la vista o el oído).
- Náuseas y vómitos, así como dolores de estómago o cabeza y, por supuesto, de las zonas dañadas en la agresión.

- Desgarros, heridas y erosiones en el área genital.
- Además, dado que el embarazo es un período crítico en los malos tratos, es importante reseñar que las agresiones en este período pueden generar un embarazo de alto riesgo, que puede tener como consecuencia complicaciones o malformaciones en el feto, riesgos en la salud de la madre o incluso provocar el aborto.

Algunas lesiones físicas pueden desaparecer con el paso del tiempo, pero otras dejan una huella de carácter permanente que puede ir desde cicatrices o quemaduras hasta pérdidas de visión, de oído, lesiones graves en órganos internos o incluso parálisis como consecuencia de lesiones medulares. Además, es habitual que nuestra intervención se produzca en un episodio de malos tratos que no es el primero, sino que puede ser uno más de una larga lista y podemos atender a mujeres que ya tengan estas lesiones como secuelas de episodios de violencia anteriores.

En cuanto a las consecuencias psicológicas, la situación de sometimientos y desvalorización constante, así como las reacciones de indefensión vividas conlleva un deterioro importante en su salud mental. A continuación mencionamos los trastornos más frecuentes que pueden ser considerados como consecuencia de la situación de maltrato:

- Depresión.
- Trastorno por Estrés Postraumático.
- Trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo...).
- Alteraciones del sueño y trastornos de la alimentación (anorexia, bulimia, obesidad).
- Trastornos de personalidad.
- Abuso y/o adicción al alcohol u otras sustancias como psicofármacos.
- Fibromialgia y fatiga crónica.

Por último, queremos destacar que en muchas ocasiones, la pareja tiene hijos que presencian las agresiones. Si bien no vamos a profundizar en estas consecuencias, por no ser el objetivo central de nuestro capítulo, consideramos fundamental señalar que la exposición que sufren los niños les convierte a ellos también en víctimas que requieren nuestra atención ya que pueden padecer efectos muy negativos de entre los que, según Horno⁵, podemos considerar:

- Problemas de socialización: aislamiento, inseguridad y agresividad.
- Problemas de integración en la escuela, falta de concentración, déficit de atención y descenso en el rendimiento académico.
- Síntomas de estrés postraumático como insomnio, pesadillas, fobias, ansiedad o trastornos disociativos.
- Conductas regresivas: enuresis y encopresis.
- Síntomas depresivos: llanto, tristeza, aislamiento.
- Alteraciones del desarrollo afectivo: dificultad de expresión y manejo de las emociones con la interiorización y aprendizaje de modelos violentos y la posibilidad de repetirlos y la internalización de roles de género erróneos.
- Parentalización de los niños y niñas, asumiendo roles parentales y protectores de la madre que no les corresponden con su edad.

7. Mitos sobre los malos tratos

A continuación exponemos los mitos más frecuentes sobre los malos tratos a mujeres así como una respuesta más objetiva a cada uno de ellos:

- *Las mujeres son maltratadas porque lo provocan.*
Ninguna mujer provoca y quiere que la maltraten. De hecho muchas mujeres se pliegan a las exigencias del maltratador precisamente para no ser agredidas, aunque con ello no están a

salvo de sufrir la violencia. Por otra parte, ésta es la justificación que da el agresor sobre su propio comportamiento: “se merece su castigo”; con ello intenta culpabilizar a la mujer de algo de lo que el único responsable es él mismo, debido a su necesidad de controlar y someter a la mujer y de mostrar su poder.

- *El maltrato pertenece a un estrato socioeconómico bajo.*

El maltrato hacia la mujer se produce en todas las clases sociales. La mayor visibilidad de maltrato en sectores sociales más desfavorecidos se debe a que buscan ayuda en organismos públicos en mayor proporción y por ello figuran en las estadísticas. En las clases sociales más elevadas sus medios económicos les permiten acceder a otros recursos privados que no son objeto de recuento estadístico.

- *El consumo de alcohol y otras drogas son la causa de los malos tratos.*

El alcohol es un desinhibidor del comportamiento que hace, en muchos casos, que la violencia se agrave. No hace violento al que no lo es. Aunque el alcohol y otras drogas son factores de riesgo, no son la causa.

- *Los maltratadores sufren problemas psíquicos.*

Los maltratadores saben a quién maltratar y a quién no (por ejemplo, no agreden físicamente a los amigos, ni al jefe, etc.). Por lo tanto, son responsables de sus actos y deben pagar por el delito que cometen. Aunque, en general, no sufren ningún trastorno psicopatológico que les exima de su responsabilidad, su comportamiento muestra que son emocionalmente inseguros, dependientes, con necesidad de poder y control, posesivos, celosos, con dificultad en el control de impulsos y con actitudes desvalorizadoras y retrógradas hacia la mujer, lo cual les aleja bastante de un equilibrio emocional y mental, sin que ello sea razón para que no se les impute el delito (al igual que en otros delitos como la violación). Aunque en algunos casos sus abogados intentan aplicar el atenuante de “enajenación mental tran-

sitoria”, lo cierto es que suelen haber pensado con antelación cómo ejercer su violencia o asesinato.

- *Si la mujer hiciera lo que quiere el maltratador, la agresión no se daría.*

Aunque algunas mujeres acceden a las demandas de sus parejas, pronto entienden que esto no consigue evitar el maltrato, antes bien, muchas mujeres informan que la razón para agredirlas puede cambiar constantemente y no se circunscribe al incumplimiento del mandato del agresor sino al capricho del mismo. Esta falta de escapatoria deja a la mujer en una situación que los psicólogos llamamos indefensión aprendida y que significa que haga lo que haga va a ser víctima de malos tratos (palizas, humillaciones, violaciones, etc.), ya que no depende de ella sino de la motivación y necesidades de autoafirmación del maltratador (sentir que tiene el control y el poder sobre la mujer). La conducta violenta por parte del maltratador es imprevisible.

- *Las mujeres que aguantan una relación de maltrato es que son masoquistas o patológicamente dependientes.*

Las víctimas de la violencia de género están en muchos casos anuladas y desestructuradas psicológicamente, debido a las condiciones de aislamiento social, control, intimidación, desvalorización, humillación, amenazas, chantajes afectivos, culpabilización, vergüenza, etc. que sufren. Las consecuencias psicológicas son muy graves y con algunos paralelismos con el *Síndrome de Estocolmo* y con situaciones de tortura. Además la violencia es intermitente, con periodos a veces de reconciliación y promesas de cambio (alternancia de conductas aversivas y reforzantes), por alguien que se supone las ama, que provocan una fuerte unión emocional de difícil extinción. Por ello, encontramos, en muchos casos, una fuerte dependencia del maltratador, no debido a patología previa de la víctima sino como consecuencia de las características de la situación de violencia que vive.

8. Pautas específicas de actuación para la policía

Si bien todas las pautas comentadas a lo largo del capítulo son útiles y necesarias para el/la agente de policía, consideramos importante desarrollar algunas cuestiones específicas de actuación policial. Siguiendo a Rodríguez⁶, destacamos que la intervención policial se debe sustentar en unos principios básicos y generales:

- Debemos ser plenamente conscientes de que la mujer víctima de malos tratos es especialmente vulnerable. Nuestros objetivos deben ser:
 - Aumentar su seguridad personal y la de sus hijos.
 - Aumentar su seguridad psicológica para que pueda retomar su equilibrio afectivo y personal.
 - Conseguir que la mujer decida qué va a hacer con su futuro inmediato.
- La que debe tomar las decisiones es la mujer, el/la policía no es la persona sobre la que tiene que recaer esa responsabilidad.
- No hay que victimizar de nuevo a la mujer, ofreciendo de ella una imagen de persona que no va a poder salir de la situación. Tenemos que evitar usar frases como *“qué mala suerte tienes”* o *“pobrecita”*.

También podemos señalar una serie de pautas recomendables en la actuación policial:

- Si el agresor continúa en el domicilio cuando llegue la policía, las actuaciones respecto al agresor y respecto a la mujer serán independientes y llevadas a cabo por distintos agentes. Hay que evitar que coincida con el agresor en el mismo espacio tanto en ese momento como en otros posteriores (por ejemplo, en dependencias policiales).
- En el caso de que la mujer requiera asistencia sanitaria, le comunicaremos el traslado a un centro médico y la mantendremos informada de cada una de las acciones que vayamos a emprender, solicitando su consentimiento previamente. Una

vez que tenga sus necesidades cubiertas y se encuentre en condiciones adecuadas, le pediremos permiso para proceder a tomarle declaración.

- En cuanto al acto de declarar, debemos darle el tiempo que necesite para que pueda narrar lo ocurrido y superar sus miedos y bloqueos. Para ello, de nuevo, es fundamental centrar el foco de nuestra atención en la persona y generar un clima de confianza, intimidad y discreción. Debemos tener especial cuidado en cuestiones que puedan generar ansiedad o malestar a la víctima. Hay que evitar descalificaciones, amenazas o chantajes. Es importante ser flexible y no juzgar la decisión que tome.

Nunca debemos decir nada semejante a:

- “La decisión que has tomado está mal, si no denuncias no te volveremos a ayudar la próxima vez”.
- “¿Encima cómo puedes disculpar lo que ha hecho?”, “no sé cómo no te das cuenta...”.

- El/ la agente de policía debe conocer los trámites a seguir y la orientación y recursos disponibles para ayudar a las víctimas de malos tratos. Siempre que la mujer se encuentre en las condiciones adecuadas, es muy importante informar de las opciones posibles y de las consecuencias y pasos a dar con cada una de ellas. Debe recibir apoyo sea cual sea su decisión sobre llevar a cabo la denuncia, sin dar la sensación en ningún momento de que las cosas van a ser más fáciles de lo que son en realidad. Es necesario ofrecerle información que pueda ser de ayuda (como lugares a los que dirigirse, teléfonos de información, etc.). También es conveniente mantener el contacto para que se sienta segura y podamos informarla de los avances del caso.

Debemos tener especial cuidado en no hacer comentarios que puedan disuadir a la mujer de presentar una denuncia.

Recuerda

- Debemos recordar que la violencia psicológica, en muchos casos, es incluso más dura y destructora para la mujer que la violencia física. El maltrato psicológico suele ser el primero en instaurarse y después el físico.
- La mujer que sufre malos tratos está sufriendo constantes desvalorizaciones, humillaciones y agresiones por lo que su autoestima está muy dañada. Debemos tratarla con especial cuidado y respeto. Ha experimentado situaciones de elevado estrés como llegar a temer por su vida o la de sus hijos.
- Una mujer maltratada se encuentra en una situación de indefensión, desestructuración psicológica y aislamiento, por lo que su percepción sobre su propia capacidad de salir de esa situación es muy negativa. Debemos hacerle ver que es capaz de cambiar esa situación y salir adelante.
- La dependencia afectiva es una consecuencia de la situación de aislamiento a la que está sometida la mujer por parte del maltratador.
- Es posible que cuando lleguemos a atender a una víctima de malos tratos no haya marcas directas visibles de violencia física. Sin embargo, esto no quiere decir que no se esté produciendo maltrato.
- Reconocerse maltratada es muy doloroso. Puede sentirse avergonzada, culpable, rechazada, incomprendida y fracasada.
- Es muy importante que cuidemos nuestro lenguaje tanto verbal como no verbal y empaticemos con la persona.
- Debemos esperar cierta actitud ambivalente por parte de la mujer hacia el agresor ya que se trata de su pareja y con la que mantiene muchos vínculos. Puede tratar de minimizar lo ocurrido, justificarlo e incluso echarse la culpa ella.

- Cuando la pareja tiene hijos, la mujer puede sentirse doblemente ansiosa y nuestra intervención debe tener esta circunstancia en cuenta.
- La observación de maltrato por parte de los hijos puede tener consecuencias negativas muy importantes en su desarrollo.
- No debemos presionar a la víctima para que interponga una denuncia o criticarla. Nosotros no estamos allí para juzgar sino para ayudar. Tampoco tenemos que hacer comentarios que la disuadan de hacerlo. Tenemos que informarla y apoyarla en su decisión.

Para complementar

Consejo de la Mujer de la CAM. (1998). *Guía para mujeres maltratadas*. Comunidad de Madrid.

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (2000). *Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.

Corsi, J. (2003). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico*. Barcelona: Paidós.

Escartín, C. (1995). "Violencia y mujer: La intervención de crisis con mujeres maltratadas y sus hijos. Alternativas". *Cuadernos de trabajo Social*, 3, 77-84.

Franco, P. y Lapeña, M.J. (1999). *Dar la media vuelta. Un método de valoración de casos de malos tratos*. Zaragoza: Libros Certeza.

García, N.; López, A. y Curiel, F. (Coords.). (2006). *Violencia doméstica. Aspectos médicos-legales*. Valladolid: Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial.

Instituto de la Mujer. *Información violencia de género*. <http://www.mtas.es/mujer/violencia/index.htm#violencia>

Instituto de la Mujer: "Guía sobre Violencia contra las mujeres". *Guía de Salud* n° 12.

- Lorente Acosta, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Crítica.
- Nogueiras, B.; Arechederra, A. y Bonino, L. (2001). *La atención socio-sanitaria ante la violencia contra las mujeres*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Rivas, M.P. y Barrios, G.L. (dir.) (2007). *Violencia de género. Perspectiva multidisciplinar y práctica forense*. Navarra: Thomson/Aranzadi.
- Ruiz-Jarabo, C. y Blanco, P. (dir.) (2004). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Madrid: Diaz de Santos.

Referencias bibliográficas

1. Walker, L. (1984) *The battered woman syndrome*. Nueva York: Springer.
2. Blanco, P. y Mendi, L. (2004). “¿Cómo podemos apoyar a una mujer que nos dice que está siendo maltratada? Abordaje del hombre violento”. En C. Ruiz-Jarabo, P. Blanco (dir.). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Madrid: Diaz de Santos. Pág. 121.
3. Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Serie Estudios nº 58.
4. García, N.; López, A. y Curiel, F. (Coords.). (2006). *Violencia doméstica. Aspectos médicos-legales*. Valladolid: Universidad de Valladolid, Secretariado de Publicaciones e Intercambio Editorial (pág 118).
5. Horno, P. (Coord.). (2006) *Atención a los niños y niñas víctimas de la violencia de género. Análisis de la atención a los hijos y las hijas de mujeres víctimas de violencia de género en el sistema de protección de la mujer*. Madrid: Ed. Save the Children. / Disponible en internet: www.savethechildren.es/iniinterior.asp?IdItem=1486
6. Rodríguez, T. (2006) *Intervención policial en situaciones de crisis*. Madrid. CEP.

14

Intervención en crisis con mujeres víctimas de agresiones sexuales

Julia Sebastián Herranz

Almudena Sánchez Mazarro

Los objetivos del capítulo son:

- Identificar y describir las reacciones que puede tener una mujer tras haber sufrido una agresión sexual.
- Describir las pautas de actuación por parte de profesionales de ayuda ante esta situación.
- Señalar las dificultades que los/las profesionales de ayuda pueden encontrar en su trabajo.
- Identificar las etapas por las que pasa una mujer víctima de agresión sexual.
- Conocer las habilidades necesarias para una adecuada atención en crisis.
- Conocer algo más acerca de las agresiones sexuales a mujeres.

El viernes por la noche, Marta de 29 años, volvía a casa sola tras haber estado en una fiesta en casa de su mejor amiga, a dos manzanas de la suya, para celebrar su cumpleaños. Al llegar al portal, mientras buscaba las llaves en su bolso, un hombre le tapó la boca con fuerza y le susurró al oído: “Tengo una navaja en la mano y como grites te mato. Ahora abre la puerta y entra”. Marta, aterrada, abrió la puerta como pudo y ambos entraron en el portal. Una vez dentro, la golpeó, la empujó con violencia contra una pared y la llevó a una zona apartada. Allí le colocó el arma en el cuello y sin dejar de amenazarla, la obligó a mantener relaciones sexuales. Después le dijo: “Sé dónde vives, así que como se lo cuentes a alguien, volveré y esta vez te mataré. ¿Me has entendido?”. Marta asintió entre lágrimas y él se marchó.

1. ¿Qué es una agresión sexual?

En el año 2003 se denunciaron en Madrid 557 agresiones, lo que equivale a una agresión sexual cada 16 horas. Sin embargo, no hay datos fiables sobre su frecuencia porque se estima que sólo se denuncian entre un 5 y un 20%. Varias son las razones por las que un delito contra la libertad sexual no llega a denunciarse. La vergüenza que puede representar para la víctima y la estigmatización social que ello supone si se hace público, son algunas de las razones, pero no las únicas. También encontramos confusión, miedo y una cierta sensación de culpa, debido a una ideología patriarcal que considera a la víctima responsable, en parte, de lo ocurrido (horario, vestimenta, lugar, estilo de vida, etc.). Otras de las razones son las amenazas del agresor y la expectativa de incomprensión en la respuesta policial y judicial.

Siguiendo a Osborne¹, una agresión sexual es cualquier tipo de actividad sexual cometida contra el deseo de una persona, ya sea con la utilización efectiva de la fuerza (o amenaza de utilización) o por imposición de la voluntad del agresor por cualquier otro medio. Esta definición de agresión sexual incluye, naturalmente, la violación que se refiere a la penetración anal, oral o vaginal, que puede aplicarse a ambos sexos, aunque en este capítulo nos centraremos en la violación a la mujer.

Por tanto, la existencia de un elemento de coerción para imponer una actividad sexual no deseada es el criterio que define una agresión sexual.

Según el Código Penal español, hablaremos de agresión sexual cuando haya uso de fuerza (violencia o coerción) y de abuso sexual cuando no medien violencia e intimidación. Ambas pueden realizarse en personas de cualquier edad, condición y sexo.

En las agresiones sexuales podemos distinguir un componente sexual y un componente de dominio y control sobre la mujer. La violación es una agresión hacia la integridad física y psicológica de las mujeres y supone una vejación que afecta a su dignidad como personas. Sus consecuencias no sólo se sitúan en el terreno de lo sexual, sino que se centran muy especialmente en los aspectos emocionales, en su autoestima y en la vivencia de humillación y falta de control con respecto a su persona.

Para algunos autores, las motivaciones primarias del violador son la agresión, la humillación, el control e infligir dolor tanto físico como emocional. Como señala Mitchell² con cierta crudeza:

“... los órganos sexuales sirven solamente como armas para dañar a otro ser humano” (pág.108) ... “puesto que la violación es un delito de violencia en el cual el atacante utiliza su órgano sexual como arma, y puesto que el delito supone la intrusión en una anatomía y una persona, la víctima tendrá las mismas sensaciones de terror, intrusión, y pérdida de control sin importar si el contacto es anal, oral o coital. Los orificios del cuerpo simbolizan los medios por los cuales algo o alguien entra en el espacio personal de otra persona. La agresión sexual es una intrusión poderosa en la vida de otro individuo, sin importar cómo se alcanza, y la víctima reacciona con una intensa emoción interna en todos los casos” (pág. 113).

Algunos autores diferencian varios tipos de violaciones en función del grado de conocimiento que tiene la víctima del violador, ya que esta cuestión mediatiza, aunque no en todas las ocasiones, las consecuencias y las vivencias de la agresión sexual. Así, es posible distinguir entre violaciones que son producto del asalto de un desconocido en

la calle, el portal o el propio domicilio (40-60%) que representan, con cierta frecuencia, las de mayor grado de violencia. El segundo tipo es el del violador conocido de la víctima, aunque este conocimiento sea superficial y reciente (25%), lo cual reporta elevados sentimientos de culpabilidad e inadecuación. El último tipo corresponde al agresor dentro de la familia (padre, hermano, pareja, cuñado, etc.) o alguien muy allegado a la víctima (15%), que puede provocar graves desajustes psicológicos y un peor pronóstico.

No hay un perfil típico de víctima de violación.

No obstante, es más frecuente en mujeres de 16 a 30 años. Sin embargo, como se ha señalado reiteradamente cualquier mujer es una víctima potencial de violación sin reparar en cómo viste o su estilo de vida, solamente debe estar en el lugar escogido por el violador.

Aunque se puede establecer una tipología sobre los agresores sexuales, la mayoría son personas adaptadas socialmente (pueden estar casados, sexualmente activos en su matrimonio, con hijas, etc.), que sienten generalmente una fuerte necesidad de dominio y control hacia la mujer, de ejercer poder sobre ella. Casi todos los violadores piensan en la mujer como objeto y no como persona durante la violación y, en muchas ocasiones, han tenido algún tipo de relación con sus víctimas antes del ataque. El consumo de alcohol asociado a algunas agresiones sexuales hay que interpretarlo como un medio que utiliza el violador para infundirse valor y para disminuir sus inhibiciones, no como causa, y así ha sido demostrado en numerosos estudios. La mayoría de las agresiones sexuales se producen en fines de semana y en situaciones asociadas al consumo de alcohol y otras drogas, lo que proporciona la desinhibición necesaria para cometer el delito en aquellos individuos que ya han decidido hacerlo. Por tanto, la decisión o inclinación a cometer una agresión sexual es previa a cualquier consumo de alcohol o de estupefacientes. De hecho, muchas agresiones se cometen sin la presencia de ninguna de estas sustancias. Por el contrario, muchos consumidores de alcohol y estupefacientes no han cometido ni llegarán a cometer este delito.

2. Nuestra inseguridad como profesionales: preocupaciones y miedos en la intervención con víctimas de agresiones sexuales

En muchas ocasiones y debido a la falta de preparación específica, los/las profesionales de ayuda o de los servicios de emergencia se sienten incómodos al intentar ayudar a las víctimas de agresiones sexuales. En el fondo de esta situación se encuentran actitudes culturales erróneas y mitos relacionados tanto con la víctima como con el delincuente sexual, al considerar a la primera veladamente responsable de lo que le ha ocurrido y, al segundo, como un enajenado a quien se le escapa el control de sus impulsos.

Los/las profesionales de ayuda, como cualquier otro miembro de la sociedad, participan de ideas erróneas y tabúes relacionados con la sexualidad, la violación o agresión sexual y el papel de las mujeres en nuestra sociedad, además de posibles conflictos o problemáticas personales en este terreno.

Todo ello hace que aparezcan dificultades para algunos/as profesionales en situaciones de crisis al no saber tratar los aspectos psicológicos y sexuales de la agresión. Precisamente, una de las cuestiones que un profesional de ayuda debe interiorizar es que:

Las agresiones sexuales tienen un componente agresivo, de dominio y humillación de la víctima como mujer que es más importante, para la mayoría de las víctimas, que el componente sexual.

Es sobre este aspecto sobre el que más debemos incidir en nuestra atención en crisis. Para muchos/as profesionales este hecho supone un cambio de foco de atención y un cambio de mentalidad sin la cual la prestación en crisis no va a tener la calidad requerida.

Entre los muchos mitos que surgen alrededor de la violación y de los que puede estar contaminado el/la profesional de ayuda, se encuentran el del libertinaje de la víctima (que está a esas horas por la calle, que lleva determinada prenda de vestir...), el de la incitación y culpabilidad de la propia víctima, el de la falta de credibilidad de su relato (el porcentaje de acusaciones falsas es el mismo que para

cualquier otro delito de violencia), el de la venganza, etc. Ninguna de estas ideas se sostiene a la luz de los datos empíricos.

En definitiva, los/las profesionales de ayuda que deben intervenir en este ámbito necesitan una formación específica que les haga conocedores de la realidad del fenómeno de las agresiones sexuales a mujeres, de lo que suponen realmente y no sólo de su apariencia y de una revisión de sus propios posicionamientos, mitos e ideas erróneas sobre ellos.

Este último apartado es, en ocasiones, el más difícil, ya que compromete la ideología construida alrededor de la diferencia entre varones y mujeres y que puede haber asumido el/la propio/a profesional.

En el contacto día a día con las víctimas, hemos podido constatar una mayor comodidad de las mismas cuando la profesional de ayuda es una mujer. Este hecho no significa que sólo por ser mujer se sea competente en ello. Sin embargo, muchas profesionales de ayuda con formación muestran una sensibilidad, comprensión y respeto con víctimas de agresiones sexuales que facilitan enormemente su labor. En cualquier caso, esta mayor comodidad de las víctimas refleja la asunción que, generalmente hacemos todos, de obtener una mayor comprensión de aquellas personas que comparten con nosotros experiencias relacionadas con el género y que, por otra parte, comprometen gran parte de nuestra existencia. Es posible también que la víctima identifique a otros varones como pertenecientes a la “clase” de los agresores, o con altas probabilidades de que asuma una ideología retrógrada hacia la mujer, carente de derechos y libertades en un plano de igualdad.

Entre los miedos más comunes en los/las profesionales de ayuda se encuentran los siguientes:

- Miedo a trabajar con aspectos relacionados con la sexualidad y la agresividad.
- Miedo a conectar con un delito violento.
- Miedo a no poder contactar con la víctima y a no saber cómo actuar.

- Miedo a no poder asumir la atención a una víctima por identificación con ella, en caso de ser mujer.
- Si se es varón, miedo a que la víctima nos identifique como del grupo de los agresores.
- Miedo a bloquearse por magnificar el fenómeno (catastrofismo). Pensar que la víctima sufrirá una estigmatización de por vida, ya que es lo peor que le puede suceder a una mujer. Creer que perder su virginidad o haber sido violada compromete su esencia femenina o su sexualidad, ya que una de las cosas más importantes para una mujer es su sexualidad monógama y circunscrita a relaciones oficiales.

3. Reacciones y etapas por las que pasa una persona tras ser agredida sexualmente

Marta estaba aterrada, paralizada por el miedo y hasta que pasaron unos minutos no fue capaz de moverse. Le temblaban las piernas, estaba confusa y no sabía exactamente qué le había ocurrido. Se sentía angustiada, humillada y le dolía todo el cuerpo. De pronto, vio a alguien que acababa de entrar en el portal. Era su vecina Sara. Marta estaba tan asustada que casi no pudo reconocerla hasta que se acercó. Oía la voz de Sara preguntándole qué había pasado pero no era capaz de responderle, sólo podía emitir alguna palabra inconexa. Estaba mareada y sentía muchas náuseas. Enseguida Sara llamó al 112.

La mayoría de las personas que han sido agredidas sexualmente pasan por una reacción traumática que consta de diversas etapas. Podríamos dividir la respuesta psicológica en una reacción inmediata y otra más a largo plazo. Ya que el contexto en el que se mueve este libro es el de la emergencia, nos vamos a centrar en la reacción inmediata. Sin embargo, no debemos olvidar que estas personas pasan después por un largo y duro proceso hasta que logran recuperar su vida normal, e incluso algunas no llegan a conseguir del todo este objetivo.

La intervención de los/las profesionales de emergencia en los momentos posteriores a la violación es fundamental para el proceso futuro de recuperación.

Existe un alto potencial de daño físico y emocional muy grave, ya que la víctima acaba de pasar por una situación muy dura. Por tanto, debemos apoyarla y tratarla con mucho cuidado.

*Una violación produce reacciones distintas para cada persona.
No todas las víctimas reaccionan llorando y gritando.*

En la que se conoce como fase inmediata, aguda, inicial o de choque, pueden darse típicamente tres clases de reacciones:

- Una de carácter expresivo con elementos de alta ansiedad, miedo, ira, llanto, etc. que podemos observar en la cara y en el lenguaje corporal de la víctima.
- Otra de tipo más silencioso en las que los sentimientos de la víctima no se pueden observar de forma directa sino que puede responder, aunque sólo sea aparentemente, de forma calmada y bajo control.
- O bien una reacción que se caracteriza por el bloqueo, en la que la víctima puede encontrarse en estado de *shock*, paralizada, incapaz de expresarse.

Existen también diversas clases de reacciones intermedias o mixtas en las que pueden aparecer combinados elementos de distintas clases de reacciones, o bien haber fluctuaciones de un estado a otro en función del momento y situación.

Si una persona suele reaccionar a la mayoría de las crisis de una forma, es más probable que lo haga de manera similar ante una violación.

Es decir, que si nos encontramos ante una persona que generalmente reacciona a la mayoría de las crisis gritando y llorando, es de esperar que lo haga así ante una violación, y lo mismo podríamos

decir de una persona que reacciona de otra forma, ya sea de tipo silencioso o bloqueado.

*No se puede separar la experiencia sufrida de la persona.
Una víctima puede presentar unas reacciones determinadas
pero no otras.*

Entre las reacciones más habituales que pueden aparecer en función de cada persona se encuentran:

a) Reacciones emocionales:

- **La principal reacción derivada de la agresión sexual es el miedo.** Es una reacción característica que aparece en muchos casos unida a la ansiedad. Principalmente, se trata de miedo a morir o a sufrir daños importantes. Pero también a que no la crean o que el violador tome represalias, ya que probablemente ha sido amenazada. Esto es posible que interfiera con la denuncia ya que puede no saber a quién contárselo o en quién confiar. También miedo a quedarse sola y, en personas que han sido violadas por extraños, ante cualquier cosa que no resulte familiar. Puede experimentar una ansiedad muy alta ante el examen físico por parte de un médico, estar reacia a que la toquen o examinen, incluso aunque el profesional sea mujer.
- Sentimientos de humillación y degradación. La persona se siente sucia.
- Sentimientos de vergüenza y pérdida de seguridad que pueden generar perturbación, agitación e inquietud.
- Gran angustia emocional, confusión y paralización.
- Sentimientos de negación, incredulidad.
- Estado de *shock*, incoherencia, desintegración. Estas reacciones, en muchos casos, están relacionadas con la disociación, un mecanismo de defensa que consiste en “no estar presente” a nivel psicológico durante la agresión. Se consigue separando la experiencia física de la psicológica para intentar defenderse del daño. Sin embargo, esto también trae consecuencias negativas ya que dificulta la integración de experiencias y

emociones, con repercusiones que pueden llegar a ser muy importantes a largo plazo, como más adelante veremos. Además pueden existir expresiones emocionales inadecuadas como, por ejemplo, risas, que pueden ser señal de que los mecanismos de afrontamiento no están siendo adecuados y que hay un grado muy alto de angustia.

- Sentimientos de culpa y responsabilidad sobre lo sucedido. Muchas veces van unidos a fuertes daños en su autoestima.
- Irritabilidad, ira y venganza. No debe sorprendernos si la víctima parece estar enfadada con nosotros o no quiere cooperar. No se trata de algo personal, sino de una respuesta normal, dadas las circunstancias por las que acaba de pasar.

b) Reacciones físicas. Entre ellas destacan:

- Síntomas relacionados con la zona específica que ha sido forzada durante el ataque.
- Dolores de cabeza, malestar generalizado y pérdida de apetito.
- Problemas gastrointestinales, náuseas y vómitos.

c) Pensamientos

- Sobre cómo podían haber escapado o haber llevado de otra forma la situación.
- Represión, supresión mental de recuerdos dolorosos. Pueden no recordar bien lo ocurrido. Es un mecanismo psicológico de defensa.
- Por otra parte, muchas víctimas al tener que relatar lo ocurrido, lo reviven con gran terror. Por tanto, debemos ser cuidadosos y evitar que la víctima tenga que relatar de nuevo la historia de forma innecesaria.

Después de un período de tiempo, que suele abarcar varias semanas, las reacciones a corto plazo darán lugar a otras reacciones que suelen durar varios meses, años o que, incluso en algunos casos, podrían no llegar a ser superadas. Se estima que alrededor del 57% de las víctimas desarrollan el denominado Trastorno por Estrés Postraumático que constituye un trastorno mental recogido en los manuales de diagnóstico psicopatológico.

Como posibles reacciones a largo plazo podríamos destacar en términos generales:

- Aparición de nuevos sentimientos de culpabilidad.
- Ataques de ira e irritabilidad.
- Mantenimiento de la ansiedad, temores o miedos a estar solo, a salir al exterior. Hipervigilancia.
- Evitación de estímulos, situaciones o zonas que recuerden por cualquier motivo al lugar donde ocurrió la violación.
- Problemas para dormir, pesadillas intensas y frecuentes.
- *Flashbacks* o recuerdos intrusivos y persistentes que aparecen de forma repentina y hacen revivir la situación de forma muy vívida y acompañada de mucho sufrimiento.
- Episodios de depresión y desesperanza.
- Alteraciones y problemas de ajuste general y para retomar su vida.
- Problemas de adaptación al exterior: dificultades para confiar en extraños, necesidad de cambiar de vida, de casa, de trabajo, de ciudad, etc.
- Problemas de pareja y para retomar la vida sexual.
- Si había problemas psicológicos preexistentes, agudización de los mismos.

4. Procedimiento para la intervención en crisis con una víctima de agresiones sexuales

A continuación iremos revisando los posibles pasos a cubrir en una relación de ayuda a una víctima de agresión sexual. En otro apartado posterior expondremos el componente actitudinal necesario o posicionamiento previo con el que debemos realizar este acercamiento.

Algunas pautas importantes a seguir durante la intervención son:

- Presentarnos e indicar nuestro título o posición.
- Determinar si la víctima ha sufrido lesiones que requieran asistencia médica de emergencia inmediata o todavía está en peligro físico (por ejemplo, si está retenida como rehén). Pre-

guntar a la víctima: “¿cómo te encuentras?” o “¿estás herida?”, hablando directamente con ella. Si hay necesidad de traslado inmediato a un hospital debido a la gravedad de sus lesiones, disponer lo necesario para llevarlo a cabo.

- Determinar el estado emocional de la víctima y ofrecerle apoyo y comprensión. La variabilidad de la repuesta inmediata a una agresión sexual es muy grande. Podemos encontrar a la persona asustada, reservada, colaboradora, con risa nerviosa (como respuesta a la tensión del ataque) o fuera de control, bloqueada e incapaz de valorar su situación. Podemos preguntar también por su estado de ánimo (“¿cómo te sientes?”).
- Ofrecerle seguridad en una atmósfera de tranquilidad y comprensión. El tono de voz debe ser tranquilizador (por ejemplo, con una frase “estás segura ahora, ya se ha terminado”) y hay que evitar hacer movimientos repentinos o agresivos. Es mejor no decir cosas que no podemos asegurar como por ejemplo “no te preocupes, no le volverás a ver” o “él nunca volverá.”
- Asumir una escucha activa, sin interrogar, ni solicitar detalles o verbalizaciones de los hechos, sino escuchar empáticamente lo que quiera contar la víctima. No preguntarle acerca del incidente de la violación, si no somos personal policial y no es significativo para otro tipo de atención (p.e. sanitaria).
- Incluso en caso de ser personal policial, valorar la pertinencia en ese momento, de interrogar sobre los detalles de lo ocurrido.

Isabel: “Buenas noches. Mi nombre es Isabel y soy una profesional de emergencias. Estoy aquí contigo para ayudarte. ¿Cuál es tu nombre?”.

Marta (Tras un momento de silencio responde): “Marta”.

Isabel: “Marta, ¿cómo te encuentras?”.

Marta: “Estoy muy nerviosa...”.

Isabel (Transmitiendo tranquilidad y con un tono de voz suave): “Tranquila, Marta. Estoy segura de que has pasado por una situación muy difícil para ti, pero ahora ya ha acabado todo y estás a salvo”.

- Evitar tocarla. Las víctimas no suelen admitir el contacto físico en estos momentos.
- No limpiar las heridas a menos que sea absolutamente necesario, ya que podemos con ello hacer desaparecer evidencia que pueda condenar a un sospechoso. Si hay lesiones que necesitan atención, preguntarle si puedes proceder a curarlas. De esta manera la víctima puede sentir que tiene más control sobre su persona y que tu conducta es respetuosa con respecto a su situación.

Es conveniente pedirle permiso y anunciarle lo que vas a hacer y porqué, antes de hacerlo para facilitarle la percepción de control sobre la situación.

- Evitar hacer que la víctima sienta vergüenza por lo ocurrido.
- Permitir que lllore o exprese sus sentimientos, pero no insistir en que te lo cuente. Es conveniente transmitir calma y tranquilidad.
- No culpabilizar, ni responsabilizar a la víctima de lo ocurrido.

Debemos evitar cualquier tipo de comentario que pueda sugerir, aunque sea mínimamente, que la víctima tiene responsabilidad o culpa en el ataque.

Por ejemplo, Isabel no debería preguntar nunca algo como: “¿Por qué estabas caminando sola a esas horas de la noche?”.

Esto podría llevar a Marta a pensar: “Es culpa mía, no tenía que haberlo hecho. ¿Cómo fui tan tonta?...”.

- Si la víctima se hace a sí misma autorreproches (“tenía que haber...”) por haber realizado alguno de sus comportamientos previos, debemos responder que el único culpable de los sucedido es el agresor y que el aspecto, la actitud de la víctima o su comportamiento no son, en ningún caso, la causa.

Asegurarle que actuó de manera correcta durante la situación y la prueba es que está viva. Estos mensajes ahorrarían mucho sufrimiento y dudas sobre sí misma si se recibieran de forma temprana.

En lugar de lo presentado en el cuadro anterior, se podría proceder de la siguiente forma:

Marta: “No tenía que haber vuelto sola tan tarde, aunque estuviera muy cerca de casa... Tenía que haber...”.

Isabel (Mirando a los ojos a Marta): “Marta, tú no tienes la culpa. El único culpable de lo que te ha pasado es el agresor”.

Marta: “Además tenía que haber peleado más, pero me puso la navaja en el cuello y...” (Se echa a llorar).

Isabel (Con voz muy calmada): “Marta, tranquila, actuaste de una forma adecuada. No podías hacer nada, tú misma has dicho que él te estaba amenazando con una navaja en el cuello. Hiciste lo que podías hacer y lo hiciste bien. La prueba es que ahora estás viva y a salvo”.

- No dejar nunca a la víctima sola, incluso momentáneamente. Su sensación de peligro o inseguridad se acentuará y pueden intensificarse su angustia y malestar. Es conveniente ofrecerle a acompañarla cuanto sea posible durante todo el proceso (hospital, denuncia, etc), o ir la enlazando con otros/as agentes de ayuda hasta la incorporación a su domicilio.
- En caso de no saber qué hacer, no dudar en solicitar a la víctima orientación sobre cómo desea ser tratada. Podemos preguntarle qué es lo que más necesita en ese momento. La mayoría de las víctimas pueden pedir no estar solas, protección policial, atención médica, ayuda de familiares o amigos o atención psicológica. Debido a su *shock* emocional, muchas mujeres no están seguras de lo que necesitan. Debemos intentar solucionar estas demandas en la medida de nuestras posibilidades.
- Procurar ofrecer ropa de abrigo y que le sirva para cubrirse si fuese necesario. No desnudar a la víctima, ni examinar el área genital durante la intervención prehospitalaria, salvo que existan heridas o hemorragias serias.
- Hablar con la víctima y mantener contacto verbal, aunque apenas responda. Ella nos está oyendo, aunque probablemente

no desea que continuamente estés hablando. No charlar sólo sobre cosas irrelevantes o triviales, sino de cosas pertinentes: *¿Estás mejor ahora?, ¿Estás herida en algún otro lugar? ¿Te duele algo?, Te llevaremos al hospital pronto, ¿Quieres que llamemos a alguien?, etc.*

- Aconsejar a la víctima no bañarse, ducharse, orinar o defecar hasta después de que la hayan evaluado los médicos y se recojan las evidencias oportunas. En algunas ocasiones, también debemos disuadirla de beber y comer, ya que podría haber alguna evidencia del ADN del violador. Explicar a la víctima que entiendes que se sienta sucia y quiera limpiarse pero que debe dejar las cosas como están para poder recoger pruebas y evidencias con el fin de conseguir identificar al violador.

Isabel: “Marta, te vamos a llevar al hospital enseguida. ¿Quieres que avisemos a alguien?”.

Marta: “Sí, a mi hermana”.

Isabel: “Ahora mismo la llamamos. ¿Hay alguna otra cosa que pueda hacer que te sientas más cómoda?”.

Marta: “Me siento sucia... Me gustaría poder limpiarme o darme una ducha”.

Isabel: “Marta, entiendo que te sientas así y quieras ducharte pero debes esperar unos minutos a que te traslademos al hospital. Allí el personal especializado te ayudará y recogerá muestras para que quien te ha hecho esto sea castigado por ello. En cuanto ellos te examinen, podrás limpiarte como quieras”.

- Si la víctima se muestra no cooperadora o irascible, no tomarlo como algo personal. Puede ser la única manera que tiene de afrontar lo sucedido.

En ocasiones los sentimientos de la mujer violada no se proyectan hacia el agresor sino a otra persona, que podríamos ser nosotros. Debemos ser comprensivos con ello.

- No bromear. La violencia es demasiado seria para las bromas.
- Hacer sentir a la víctima tan cómoda como sea posible. Proporcionar almohadillas, mantas u otros materiales que ella solicite. Intentar anticiparse a sus necesidades (asegurándonos de no dañar ninguna evidencia si es posible).
- Mantener a la víctima en una situación de privacidad, no exponiéndola a la mirada pública.
- Decirle qué va a suceder de acuerdo con nuestro conocimiento. Por ejemplo, de camino al hospital puedes explicarle las pruebas y exámenes que le harán y la necesidad de realizarlas.
- Abstenerse de darle consejos. Sugerirle que consulte a profesionales o asociaciones especializadas, informándole de centros y direcciones.

Otros elementos a tener en cuenta:

Cuando se deba trasladar a la víctima a un hospital, es mejor hacerlo a uno que tenga los recursos necesarios (instalaciones y equipos) para la evaluación y el tratamiento de agresiones sexuales, porque se ajustará a un protocolo que facilitará después los procedimientos judiciales. Una vez en el hospital, debemos salvaguardar su privacidad, indicando que la víctima sufrió una agresión, y sólo se comunicará en voz baja a la enfermera o al médico que se trata de un caso de agresión sexual. De lo contrario, mucha gente se quedará mirando fijamente a la víctima, lo que aumentará su malestar. En general, en el hospital le realizarán pruebas de enfermedades de transmisión sexual, SIDA, etc. y podrán administrarle la píldora del día después. Para ser atendida como se requiere, es necesario, en la mayoría de los casos, presentar la denuncia.

Por último, no debemos olvidar que estamos atendiendo a una situación de crisis generada por un delito contra la libertad sexual, por lo que tenemos la obligación de preservar la escena del crimen hasta que se haya investigado a fondo.

5. Cuando la petición de ayuda se recibe por teléfono

Dependiendo del tipo de dispositivo con el que se cuente en el caso de agresiones sexuales, podemos encontrar que la primera atención pueda ser proporcionada a través de una llamada telefónica.

Imaginemos ahora otra situación en la que, en vez de ser encontrada por su vecina, es la propia Marta la que sube a su casa y efectúa la llamada a los servicios de emergencia:

Poco a poco Marta se incorporó y, sin dejar de mirar constantemente a su alrededor, subió a su piso y entró en casa. Cerró la puerta con llave y estuvo deambulando por su casa un rato. No sabía qué hacer. Estaba mareada y sentía muchas náuseas, así que fue al baño y al pasar por delante del espejo se miró y no se reconoció. Se sentó en el suelo, nerviosa buscó su teléfono móvil y llamó al 112.

De nuevo, la primera tarea de un/a trabajador/a en situaciones de crisis es determinar si la víctima todavía está en una situación de amenaza para la vida y si ha sufrido lesiones que requieran asistencia médica inmediata. Para conocer esta información se puede preguntar si el agresor está todavía con ella y que tipo de agresiones o heridas ha sufrido. La tarea siguiente es determinar el estado emocional de la víctima. Mediante preguntas podemos saber si está razonablemente bien y muestra cierto control de la situación, o si muestra una cierta desestructuración y un nivel alto de angustia.

Según Mitchell², la atención telefónica debe regirse por los siguientes elementos:

- Transmitir tranquilidad y mostrar apoyo. En algunos casos las víctimas de una agresión sexual están tan aterrorizadas por la experiencia que apenas pueden hacer otra cosa que marcar el número e indicar que las han violado.
- Escuchar muy cuidadosamente. Puede que sólo exista una ocasión de oír la localización si una víctima cuelga demasiado rápido o se corta la llamada.
- Animar a la víctima a que hable en alta voz y clara.

- Pedir una descripción del sospechoso, el momento aproximado en que ocurrió el incidente y la ruta de escape del agresor. Difundir esta información a las unidades correspondientes.
- Animar a la persona a permanecer en línea. Con frecuencia, las víctimas se angustian mucho después de dar la información, colgar y permanecer a la espera. Por ello, es conveniente que podamos seguir en contacto telefónico hasta que los servicios de ayuda se personen.
- Decir qué se está haciendo para ayudarla.

“Tranquila, Marta. Estamos enviando una ambulancia y un coche de policía ahora mismo. Por favor, no cuelgues. Continúa hablando conmigo. Estarán allí contigo en pocos minutos”.

- Aconsejar a la víctima no hacer cualquier cosa que pueda destruir evidencias. Una mujer emocionalmente angustiada no está, por lo general, preocupada acerca de la preservación de evidencias así que, a menudo, es más fácil decirle que no haga nada excepto charlar contigo hasta que llegue la policía.
- Si es necesario despejar la línea telefónica, aconsejar a la víctima que llame a un/a amigo/a o pariente y hable con ellos hasta que la policía o la ambulancia lleguen. Estar seguro de tener un número al que llamar de nuevo.
- No discutir o tratar ningún detalle del incidente con la víctima. Si la víctima deja salir o saca fuera un gran sentimiento o emoción, intentar tranquilizarla y calmarla. Si está dando más detalles de los necesarios, no debemos cortarla de forma contundente.

“Entiendo cómo de angustioso está siendo esto para ti. Unos profesionales estarán enseguida allí contigo para ayudarte y tomar un informe detallado”.

- Permitir que la víctima llore. Si está llorando, el/la profesional de ayuda debe tomar un papel más activo en la llamada y continuar hablando con la víctima de una forma calmada controlada y apacible.

6. Habilidades de los/las profesionales de emergencias necesarias para la atención a víctimas de agresiones sexuales

Como hemos mencionado anteriormente, es necesario incidir en el posicionamiento o actitudes previas con las que realizar una intervención en crisis con víctimas de agresiones sexuales.

Con ello mejoraremos nuestras habilidades de acercamiento y de atención psicológica en una situación de crisis.

Entre las actitudes previas con las que un/a profesional de ayuda debe realizar su trabajo encontraríamos las siguientes:

- Creer a la víctima.
- Actitud respetuosa hacia una persona agredida en su integridad personal (y no solo sexual). Debemos entender que para la víctima la agresión sufrida no sólo es física (penetración) sino también, y sobre todo en muchos casos, psicológica (humillación), lo que acarrea una pérdida de autonomía y de control, así como sensación de estar “vendida” a lo que el otro quiera, sensación de indefensión, impotencia, temor ante la amenaza que supone para la vida, desprecio, etc. La mayoría de las veces, el impacto psicológico de la agresión es semejante sea con o sin penetración, por lo que el daño psicológico de la agresión es de mayor importancia que los aspectos concretos del ataque.
- Ofrecer una actitud de tranquilidad, comprensión y control de la situación.
- Respetar la confidencialidad y la privacidad de la víctima. El/la profesional de ayuda debe proteger la privacidad de la víctima. En muchos casos la sociedad asume algún grado de culpabilidad de la víctima de agresión sexual y en otros, le manda un mensaje apocalíptico por lo sucedido (posible rechazo de la mujer violada por parte de los hombres, lo que refleja que la mujer es un objeto de posesión del varón), por lo que se produce una segunda agresión a la mujer o victimización secundaria.

- Empatía. Para ponernos en el lugar de la víctima tenemos que asumir que, además de una agresión sexual, la víctima ha sido objeto de un acto violento y coercitivo, expresando poder, agresión, degradación y desprecio, en la mayoría de los casos.
- Escucha activa.
- No asumir los mitos y e identificar los aspectos reales de lo que supone una violación. A continuación se exponen algunos de estos mitos.

7. Mitos sobre la violación

Son muchos y muy variados los mitos relacionados con la violación. A continuación identificaremos algunos, siguiendo a Hafén y Frankdsen³ y a nuestra propia elaboración sobre los mismos. También expondremos la información de que disponemos para anular y replicar estos mitos.

- *Tradicionalmente se consideraba la violación como un acto sexual aberrante de un degenerado o con mucho vigor sexual.*

Hoy en día sabemos que el violador puede ser una persona adaptada socialmente, con pareja y con una motivación de poder y control sobre la mujer. Subsidiaria a esa idea está la de que los hombres no se pueden considerar responsables de la violación, porque no pueden controlar sus deseos sexuales. Para muchos autores la violación no es un delito sexual sino de violencia, en donde el sexo se utiliza simplemente porque es una manera de ejercer control y dominio sobre una mujer. En general, en los violadores no se ha encontrado un componente biológico (hormonal) que ratifique su mayor vigor sexual.

- *Si una mujer realmente no quiere, no se la puede forzar. No es posible violar a alguien sin su consentimiento.*

Muchas mujeres que son violadas se rinden sólo cuando el violador las amenaza de muerte, normalmente con un cuchillo o con una pistola. Un ejemplo de este mito, lo encontramos en una sentencia que argumentaba la voluntariedad de la mujer al ser ella quien se quitó el vaquero (bajo amenaza).

- *Las mujeres “lo piden” por la forma en la que visten o la manera en la que actúan; son tan provocativas que el violador sencillamente no se puede resistir.*

La violación es un delito de violencia, no de pasión sexual. (Recordemos que hay víctimas que van desde menores a señoras de 90 años). En general, ejercer dominio, control y humillación es la cuestión principal que un violador tiene en cuenta, no el aspecto de las víctimas.

- *A las mujeres les gusta ser tratadas violentamente, disfrutan con el sexo no consentido porque, aunque dicen que no, en el fondo están deseándolo.*

Ninguna de las víctimas de violación ha disfrutado del delito. Al contrario, ha sido una experiencia horrible en el presente y aterradoramente también en el futuro. Además, ésta es una concepción machista de la sexualidad de las mujeres, que se propone como estando al servicio del deseo del varón (se hace cuando yo digo) y menoscabando su libertad de decisión y de juicio o equilibrio psicológico (cuando dicen “no” quieren decir “sí”).

- *Es normal que las parejas de las víctimas no puedan soportar lo que ha pasado, porque es un ataque contra su masculinidad (el agresor violó o utilizó a su mujer), usurpó su derecho.*

Las mujeres no son propiedad de los varones, ni tienen la obligación de mantener relaciones sexuales monógamas. La sexualidad de la mujer no es propiedad de su pareja, ni es un deber de la mujer ofrecerse para ello.

- *Los violadores son perversos patológicos y criminales.*

Los datos apuntan a que tienen pareja y gozan de una vida sexual “normal”. Muchos no tienen antecedentes penales y no han llevado a cabo otras actividades criminales.

- *Los negros atacan generalmente víctimas blancas.*

El 90% por ciento de todas las violaciones ocurre entre miembros de la misma raza.

- *La violación es un castigo justo por llevar la mujer una vida licenciosa; si las mujeres permanecieran en casa, estarían seguras.*
Supone una justificación para coartar la libertad de las mujeres y relegarlas a un papel secundario de servilismo. También con ello se coarta el desarrollo de sus potencialidades y la igualdad con el varón. Además, muchas violaciones ocurren bajo techo, en su propia casa o en otros sitios (edificios de negocios, lugares de ocio, superficies comerciales, etc).
- *Si la mujer se resiste, el violador huirá.*
Policías expertos discrepan sobre si una mujer debe intentar o no resistirse al violador debido a que sus actos de resistencia pueden encolerizarlo aún más y pueden conducir a una violencia creciente, incluyendo el asesinato. No existe una lista sobre tácticas de defensa porque cada violador es diferente, cada violación es distinta y cada víctima también lo es.
- *La violación les sucede solamente a chicas jóvenes y adolescentes.*
El rango de edad de las víctimas de violación se extiende desde los seis meses a los noventa años; mujeres de todas las edades, en todos los barrios y de todo tipo de formas de vida pueden ser víctimas de violación. Aunque es menos común, también los hombres pueden ser violados.
- *Las mujeres solamente son violadas por extraños.*
Las violaciones pueden ocurrir entre los miembros de la misma familia, entre amigos, citas y entre socios de negocios. En algunos países, las violaciones en las cuales un extraño actúa “de improviso” son la clase menos común.

8. Pautas de actuación en situaciones de crisis para la policía

En el trabajo con víctimas de agresiones sexuales se han dado múltiples sugerencias sobre cómo debería ser el tratamiento de las mismas en el ámbito policial, llegándose a establecer la necesidad de formación específica de los/las profesionales de la policía que atiendan y traten con víctimas de agresiones sexuales.

La interacción inicial y la percepción de la víctima determinará si se siente a gusto y confía en la capacidad del policía para ayudarla.

Como indican Hazelwood y Burgess⁴, es fundamental que se muestre una actitud empática dejando claro que la víctima no es en absoluto responsable de lo ocurrido y asegurarle que está a salvo, haciendo todo lo posible para que se sienta segura. Además, conviene indicar que aunque algunas de las preguntas que le haremos necesariamente serán de carácter personal, la información que nos reporte ayudará mucho a identificar al agresor y procesarlo.

Asimismo, de acuerdo con Rodríguez⁵, es fundamental cuidar mucho la comunicación no verbal. Hay que poner el foco de atención en la persona. Observarla, escucharla y prestar atención a sus reacciones y el *feedback* que nos proporciona, serán elementos muy útiles para establecer una buena interacción. Con ello, facilitaremos que nos pueda proporcionar la información sobre la agresión que buscamos, de forma que nuestro trabajo posterior para detener al agresor pueda tener éxito.

Un buen uso de la comunicación no verbal facilita el establecimiento de una buena relación que nos permita ayudar a la víctima.

El agente de policía con un tono de voz calmado, se acerca a Marta y, mirándola a los ojos, le dice: “Hola Marta. ¿Cómo te encuentras? Mi nombre es Pedro Fernández y soy agente de policía. Estoy aquí para ayudarte”. (Hace una pausa y logra contactar con la mirada de Marta).

“Quiero que sepas cuánto lamento lo que te ha ocurrido. Ahora estás a salvo y estamos trabajando para encontrar a tu agresor. Si te sientes con fuerzas, me gustaría que me contases lo que ha pasado”. (De nuevo se detiene unos segundos y observa cómo el gesto de Marta cambia).

“Entiendo que es duro para ti, pero es importante que nos ayudes para que podamos coger a quien te ha hecho esto”.

Como normas de un protocolo estarían las siguientes:

1. Mostrar una actitud de comprensión, respeto y profesionalidad.
2. La entrevista formal en profundidad se debe realizar lo más temprano posible para evitar el “olvido” del material doloroso y acabar cuanto antes con los trámites para que la víctima pueda regresar a su hogar.
3. La historia debe ser contada con mucho detalle solamente una vez. Los investigadores deben tener cuidado de no hacer que la persona reviva psicológicamente el terror del incidente por tener que repetir su relato innecesariamente.
4. La entrevista se debe hacer siempre en privado y haciendo sentir a la víctima tan cómoda como sea posible. Si no es posible realizar la entrevista en otro lugar que no sea la casa de la víctima, es necesario llevarla a cabo en un cuarto que no sea aquél en el que fue atacada.
5. Se debe permitir a la persona contar su historia entera sin interrupción. Una vez que ella acabe, el investigador puede volver sobre algo y hacer preguntas para hacer que la víctima amplíe información sobre partes incompletas de su historia hasta que se tenga suficiente información.
6. Mientras se pregunta, tener cuidado de evitar los comentarios que pongan de manifiesto culpa y responsabilidad en la víctima.
7. En caso de que necesitésemos que la víctima identificase al sospechoso, prepararla previamente y manifestar que se puede esperar a que esté en condiciones de hacerlo y que no tiene que ser inmediatamente. El *shock* emocional en el que se encuentran puede dificultar la identificación.
8. Recordar que la persona puede necesitar ropa, traslado, llamadas telefónicas, etc.
9. Mantener a la víctima informada de cualquier nuevo progreso o iniciativa en el caso como, por ejemplo, si el sospechoso es puesto en libertad bajo fianza. El contacto continuado ayuda a la persona a sentir que la policía no la ha abandonado.
10. Si la víctima lo requiere, ayudarla a encontrar ayuda profesional como, por ejemplo, algunos centros especializados.

Recuerda

- La intervención de los/las profesionales de emergencia es importante para la recuperación posterior de la víctima.
- Los/las profesionales de ayuda, para poder intervenir en este ámbito de forma correcta, deben conocer la realidad del fenómeno y revisar su posicionamiento ante el mismo, así como los tabúes, problemas personales, mitos y creencias erróneas al respecto.
- El criterio que define una agresión sexual es la presencia de un elemento de coerción para imponer una actividad sexual no deseada.
- Las agresiones sexuales presentan un componente de dominio, humillación y agresión para la mayor parte de las víctimas más importante que el componente sexual.
- La principal reacción derivada de una agresión sexual es el miedo. Es una experiencia que genera terror.
- Cada víctima puede presentar unas reacciones distintas ante una violación. Cada persona es única.
- Hay que cuidar mucho la relación con la persona. Mantener una actitud apropiada es fundamental.
- Debemos ser respetuosos y comprensivos y poner en marcha una adecuada actitud empática que no debe ser fingida ni apostada.
- Tenemos que intentar evitar que la persona se culpabilice de lo ocurrido y tener especial cuidado con nuestros comentarios o preguntas al respecto.
- Es posible que la víctima reaccione de forma poco colaboradora con nosotros. Ha pasado por una situación muy dura y debemos comprenderla, así como hacer todo lo posible para que se sienta cómoda y confíe en nosotros
- Si se autorreprocha cómo actuó, es importante asegurarle que se comportó de forma correcta y que la prueba es que está viva.
- Es muy importante que, además de cuidar nuestro lenguaje,

prestemos especial atención a la comunicación no verbal.

Para complementar

- Alario, S. (1993) *Intervención psicológica en víctimas de violación*. Valencia: Promolibro.
- Aparicio, A. y Muñoz, T. (2007). *Después del silencio. Cómo sobrevivir a una agresión sexual*. Barcelona: Paidós.
- Burgess, A.W. (1985). *Rape and sexual assault: A research handbook*. Nueva York: Garland.
- Garrido, V. (1989) Psicología de la violación. *Estudios de Psicología*, 38, 91-110.
- Kilpatrick, D.G. (1992). Etiología y factores predictivos del estrés post-traumático en víctimas de agresiones sexuales. En E. Echeburúa, *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide. pp 117-143.
- Koss, M.P. y Harvey, M.R. (1991) *The rape victim. Clinical and community interventions*. Newbury Park Sage Publications.
- Noguerol, V. (2005). Agresiones sexuales. Madrid: Síntesis.
- Quina, K y Carlson, N.L. (1989) Rape, incest and sexual harassment. A guide for helping survivors. Nueva York: Praeger.
- Roig, E.; Galiana, S. y Marinas, H. De (1996). *Estudios sobre la violencia sexual*. Decanato de los juzgados. Servicio de publicaciones.
- Sánchez, C. (2000). *Qué es la agresión sexual*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Dossier monográfico del Instituto de la Mujer sobre la modificación del código penal en violencia sexual y malos tratos: http://www.mtas.es/mujer/servicios/centro_documentacion/16.pdf
- Centro de Asistencia a las Víctimas de Agresiones C.A.V.A.S. Dirección del Centro Bibliográfico <http://www.violacion.org/quienes/informes.html>

Referencias bibliográficas

1. Osborne, R. (2001). *La violencia contra las mujeres: realidad social y políticas públicas*. Madrid: UNED.
2. Mitchell, J.T. (1981). "The management of sexual assault victims". En J.T. Mitchell y H.L.P.R. Resnik, *Emergency response to crisis*. Nueva York: Brady Co., pp 107-126.
3. Hafen, B.Q. y Frandsen, N.K. (1985). *Psychological emergencies and crisis intervention*. NJ: Brady/Prentice Hall.
4. Hazelwood, R.R. y Burgess, A.W. (1987). *Practical aspects of rape investigation. A multidisciplinary approach*. Nueva York: Elsevier.
5. Rodríguez, T. (2006). *Intervención policial en situaciones de crisis*. Madrid: CEP.

15

Primeros auxilios psicológicos en accidentes con múltiples víctimas y desastres

Enrique Parada Torres

1. El apoyo psicológico: un componente más de la atención integral en desastres

En ocasiones, afortunadamente extraordinarias, la capacidad humana de desarrollar avances tecnológicos en pro de una mayor calidad de vida, la aparición de su lado oscuro produciendo daños intencionados en forma de violencia y terrorismo y por supuesto, la todo poderosa naturaleza, provocan serias alteraciones en la vida de las personas al originarse accidentes/incidentes con múltiples víctimas y/o desastres.

Algunos de estos eventos golpean con tanta virulencia el estado de equilibrio de personas, familias o entornos sociales enteros (p.ej. poblaciones), que dejan tras de sí numerosas pérdidas humanas, pérdidas materiales, y cambios vitales sumamente traumáticos.

Se produce un incendio en una discoteca de una pequeña provincia, un sábado por la noche. Algunos jóvenes logran escapar del lugar y permanecen en los alrededores. Otros quedan atrapados. Los equipos de rescate comienzan a evacuar a personas heridas mientras se sofocan las llamas y también se van disponiendo cadáveres cubiertos con mantas en un lado de la calle. Transcurridas varias horas de trabajo intenso de los equipos de rescate, el incendio ha sido sofocado y todos los cadáveres han sido evacuados. El número de personas fallecidas asciende a 72 y hay 23 personas ingresadas en dos hospitales.

La respuesta inmediata de los Servicios de Emergencia no se hace esperar y ante la emergencia, se ponen en marcha los recursos sanitarios, de seguridad y de salvamento para hacer frente a la situación. Paralelamente, se activan planes de atención social (p. ej. organización de lugares de realojamiento). En los últimos años, la respuesta asistencial pretende ser una respuesta integral que contemple las necesidades físicas, psicológicas y sociales.

En este capítulo, dirigido a profesionales de emergencia, pretendemos:

- Destacar la importancia del apoyo psicológico a las personas afectadas por situaciones con múltiples víctimas o desastres.
- Encuadrar la respuesta de apoyo psicológico dentro de la respuesta integral de atención a los damnificados.
- Identificar las tareas de Primeros Auxilios Psicológicos que los emergencistas pueden llevar a cabo sin necesidad de ser profesionales de intervención psicosocial.
- Presentar un modelo de intervención en Primeros Auxilios Psicológicos de potencial aplicación en este tipo de situaciones.

2. Accidentes con múltiples víctimas y desastres como situaciones críticas

Podemos encontrar diversas definiciones de desastres. Aquí diremos que los desastres son sucesos con un gran impacto emocional capaces de paralizar los recursos habituales de personas, grupos o incluso poblaciones enteras, que en circunstancias normales se comportan de manera eficaz. Generalmente suceden de forma imprevista, causan gran impacto, algunas veces de carácter extremo por la sensación de amenaza objetiva o percibida, que se experimenta.

De igual forma, hay diversas formas de clasificar los desastres. Una de ellas, en la tabla siguiente, es en función del carácter natural o de origen humano y su carácter inesperado o de larga duración. No obstante, además de por *tipo de origen del desastre* también podemos encontrar clasificaciones¹ en función de:

- Presencia o no de momento crítico (p.e. incendio vs. sequía).
- Grado de impacto personal (tipo de daño causado, recursos de afrontamiento, etc.).
- Alcance (una comunidad o varias).
- Tamaño (dimensiones del daño originado).

Desastres naturales de ocurrencia súbita e inesperada	Avalanchas, terremotos, inundaciones, ciclones, tormentas, tornados, erupciones volcánicas etc.
Desastres naturales de larga duración	Epidemias, desertización, hambre.
Desastres producidos por el hombre de ocurrencia súbita e inesperada	<ul style="list-style-type: none"> · Accidentes estructurales y de transporte. · Accidentes tecnológicos industriales. · Exposiciones químicas o nucleares. · Contaminación: lluvia ácida, contaminación química y atmosférica. · Incendios
Desastres producidos por el hombre de larga duración.	<ul style="list-style-type: none"> · Disturbios y guerras civiles o internacionales · Desplazamientos

3. Personas afectadas tras desastres

El impacto de un desastre puede llegar a expandirse, como las ondas que produce una piedra lanzada al agua, en diversos círculos o niveles de afectados:

- Nivel 1: Personas que experimentan directamente el desastre.
- Nivel 2: Familiares y allegados de los afectados.
- Nivel 3: Personal de servicio asistencial (Miembros de rescate, bomberos, sanitarios, policía, equipos de apoyo psicosocial, etc.).
- Nivel 4: Personas vinculadas a la organización/comunidad afectada.
- Nivel 5: Personas que son emocionalmente vulnerables.

Young², a partir de evidencia empírica, identifica una serie de factores de riesgo para el afrontamiento de un desastre:

Factores de riesgo para el afrontamiento	
Factores previos al desastre	<ul style="list-style-type: none"> • Historia psiquiátrica • Pobreza o clase socioeconómica baja • Edad comprendida entre 40 y 60 años • Sexo femenino • Presencia de niños desprotegidos en casa • Miembros de grupo étnico minoritario
Factores durante el desastre	<ul style="list-style-type: none"> • Duelo • Daños • Reacciones de horror y otras reacciones traumáticas • Percepción de amenaza para la vida • Gravedad de la exposición al suceso
Factores posteriores al desastre	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de los recursos • Desplazamientos • Falta o disminución del apoyo social • Pérdida de vivienda, propiedades y recursos económicos • Disfunciones en la relación de pareja • Alienación y desesperanza • Afrontamiento evitativo
Otros factores	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción negativa del comportamiento de otros • Valoración negativa de los síntomas percibidos • Valoración irracionalmente exagerada de la probabilidad futura de repetición del evento • Atribuciones catastrofistas sobre las causas y la responsabilidad • Estresores secundarios

Junto a las reacciones de estrés agudo (ver capítulo 2), aparecerán en otros individuos también directamente afectados, respuestas adaptativas no sólo psicológica sino también socialmente, como respuestas de altruismo, de ayuda, de planificación de actuaciones de supervivencia y aumento de la seguridad, etc. Tan normales son unas como otras. Los factores de resistencia^{3,4} aparecen en cada persona con un ritmo y una intensidad diferentes.

3.1. Consecuencias disfuncionales del impacto psicológico del desastre

Afortunadamente, la mayoría de estas personas sólo experimentan reacciones temporales y se recuperan en unas pocas semanas o inician procesos de afrontamiento de pérdidas (duelos) normales. Otras tienen una curva de recuperación más lenta y unas pocas, pueden entrar en una dinámica personal y situacional que les haga incapaces de funcionar como lo hacían antes del evento. Este último y afortunadamente reducido grupo de personas, estará afectada por un cuadro que va más allá de la respuesta normal a una situación crítica.

Entre estos cuadros, cabe destacar aquellos que tienen que ver con alteraciones del estado de ánimo (trastornos depresivos) y los trastornos de ansiedad. Dentro de estos últimos, uno de los más característicos, asociados a situaciones críticas y de desastre es el Trastorno de Estrés Postraumático.

Añadida a la afectación de la salud mental de la persona, pueden tambalearse seriamente otros pilares básicos de su bienestar, como p.e. disrupciones en la dinámica familiar, laboral, etc., como consecuencia de patrones de afrontamiento disfuncionales (p.e. aislamiento de estas personas significativas, comportamiento antisocial con ellas-os, etc.)

4. Los primeros auxilios psicológicos: principios y objetivos

Los Primeros Auxilios Psicológicos, constituyen intervenciones organizadas y guiadas por objetivos, para las cuales se emplean habilidades, técnicas y tácticas válidas para este tipo de relación de ayuda. Haciendo un paralelismo con los primeros auxilios sanitarios, los primeros auxilios psicológicos son intervenciones básicas, aunque no por ello menos importantes o potentes en los primeros momentos, que intervenciones más avanzadas. Requieren de una formación y de competencias específicas sin necesidad de ser, en cualquier caso, profesionales de la intervención psicosocial.

4.1. Principios para prestar Primeros Auxilios Psicológicos

Cuando ponemos en marcha un plan de apoyo psicológico inmediato, incluyendo primeros auxilios psicológicos, procuramos que este sea:

- *Inmediato*. Facilitar el apoyo psicosocial cuanto antes.
- *Próximo* (acercamiento a la persona / situación crítica y no al revés).
- *Constructivo y esperanzador*. Colocarse frente a las personas afectadas con una actitud proactiva y optimista respecto a cómo se encuentra y a su capacidad de afrontamiento, y esperar una evolución funcional y adaptativa a su situación, con el empleo de los recursos personales, psicosociales y comunitarios oportunos.

4.2. Objetivos de los Primeros Auxilios Psicológicos

Cuando prestamos Primeros Auxilios Psicológicos a otras personas afectadas, lo hacemos con la intención de⁵⁻⁶:

- *Parar el proceso de deterioro psicológico* que caracteriza el estado de crisis.
- *Estabilizar el descontrol emocional* y falta de raciocinio en el que la persona se puede encontrar y reducir así el riesgo de daño.

- *Afrontar las manifestaciones agudas de estrés.*
- *Asegurar el funcionamiento adaptativo básico y autónomo de la persona, grupo o comunidad* facilitando ayuda práctica, o en caso de que no sea posible o no se consiga, enlazar con recursos de apoyo formales y no formales.

5. ¿Quién puede hacer apoyo psicológico?: niveles de apoyo

El apoyo psicológico en el entorno de la emergencia y/o desastre, implica acciones de diferente grado de complejidad, para afrontar numerosas y diversas situaciones que tienen como denominador común la afección de las personas.

Todos podemos hacer algo para aliviar el sufrimiento de una persona afectada por un desastre.

Lo que ya no todos somos capaces de hacer, es afrontar determinadas situaciones específicas que pueden surgir en medio de la tragedia. Para estas situaciones resulta necesario contar con profesionales especializados, pues el nivel de atención es más avanzado.

Si hubiera que diferenciar niveles de apoyo psicosocial, estos se podrían desglosar del siguiente modo:

NIVEL	AGENTE DE AYUDA	TAREAS
I	Población General no cualificada.	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento humano. • Ayuda humanitaria: cubrir necesidades básicas.
II	Intervinientes (Sanitarios, bomberos, equipos de rescate, fuerzas de seguridad, voluntarios institucionales, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> • Primeros Auxilios Psicológicos.
III	Psicólogos, Psiquiatras, trabajadores sociales y otros significativos.	<ul style="list-style-type: none"> • Primeros Auxilios Psicológicos. • Gestión de urgencias / emergencias psicosociales. • Intervención en crisis. • Counselling tras situaciones críticas.
IV	Equipos de Salud Mental Equipos de Atención Social.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoterapia. • Readaptación socio-comunitaria.

6. Primeros auxilios psicológicos: una propuesta de actuación

Coloca una lágrima en el rostro de aquel que no ha podido llorar.

M. Ghandi

En primer lugar, tenemos que tener claro que tras una situación con múltiples víctimas, la prestación de Primeros Auxilios Psicológicos es una intervención más dentro del conjunto de intervenciones necesarias para afrontar la emergencia. En este sentido, ha de encuadrarse y proporcionarse en el contexto (momento, lugar, destinatario, etc.) adecuado. Más adelante abordaremos estos aspectos de tipo táctico.

Veamos ahora qué esquema de actuación podemos seguir para prestar Primeros Auxilios Psicológicos⁶⁻⁹:

1. Identificación clara de tu condición de personal de ayuda.

Establecer contacto con la persona afectada para ser “aceptados” como proveedores de Primeros Auxilios Psicológicos.

2. Protección y provisión de seguridad a la persona.

Reducir la estimulación estresante. Apartar a la persona en la medida de lo posible de la visión, ruidos, olores, etc. relacionados con el incidente, especialmente de los cruentos.

3. Conocimiento y aceptación de la vivencia de la crisis.

En este punto se va a:

- Escuchar las necesidades y molestias de la persona afectada.
- Facilitar la expresión verbal y el relato de acontecimientos. Se va a permitir que la persona hable del incidente, de cómo lo ha vivido y las sensaciones que sobre ella pueda estar teniendo. Esto va a facilitar:
 - Ordenar lo ocurrido y evitar desorganización cognitiva.
 - Facilitar contacto con la realidad.
 - Valorar el estado y tipo de reacciones de estrés agudo que está teniendo.

- Facilitar la expresión de emociones. Se va a permitir que la persona exprese mediante el llanto, la aflicción, la rabia, etc. lo que siente, siempre que dicha expresión tenga unos límites de contención y riesgo de daño a sí misma o a terceras personas. La expresión emocional va a permitir:
- Favorecer la aceptación de la situación y su integración psicológica.
- Canalizar las reacciones.
- Evitar la desorganización conductual prolongada.
- Enfatizar su comportamiento y su estado como reacciones normales ante un hecho anormal. Esto va a facilitar la aceptación de su estado.
- Resignificar los síntomas y reacciones experimentadas.

4. Afrontamiento de su reacción y las necesidades inmediatas.

- Facilitar e incitar a la persona al afrontamiento del estrés que pueda estar sufriendo. Si es preciso, ayudarles en la movilización de recursos de afrontamiento, p.e. para disminuir la sobreactivación fisiológica.
- Motivar y ayudar a la cobertura y abordaje de las necesidades básicas e inmediatas. P.e. reunirse o establecer comunicación con familiares, allegados, etc.

5. Restauración de capacidades básicas.

Promover comportamientos funcionales para el afrontamiento del futuro inmediato (horas siguientes). Si el agente de ayuda percibe que el descontrol de la persona es tal, que no se puede desenvolver por sí misma, debe asegurarse de establecer un enlace entre la persona y algún medio (familia, amigos, centro sanitario o social, policía, etc.) que se ocupe de ella.

7. Cuarenta acciones útiles para prestar primeros auxilios psicológicos

Teniendo presente el esquema expuesto, en cada intervención vamos a desplegar toda una serie de recursos de ayuda para facilitar los Primeros Auxilios Psicológicos. A continuación, presentamos alrededor de cuarenta acciones útiles que podemos realizar:

1. Promover la intervención psicosocial proactiva, para que la población afectada entre en contacto con los agentes de ayuda. Procurar no entrar en competición con otras formas de ayuda.
2. Sentar las bases de la genuinidad, los deseos de apoyo y potenciación de la resistencia de las personas, proveyendo de ayuda práctica en los primeros momentos.
3. Empezar por identificarse.
4. Esperar una evolución funcional (Realismo positivo).
5. Trasladar (en la medida de lo posible) a la persona afectada, a un lugar calmado.
6. Estar preparado para invertir tiempo con la persona afectada.
7. Adecuar las formas de apoyo al contexto, la cultura y la motivación de la gente afectada.
8. Nunca asumir que es imposible comunicarse con alguien hasta haberlo intentado.
9. Mostrar confianza en la habilidad de la persona para ganar control de la situación.
10. Ponerse físicamente a nivel de la persona. Si está sentada, hacerlo nosotros también.
11. Animar a la persona a contar lo ocurrido, con las palabras, expresiones y manifestaciones que desee.
12. No tratarla con excesiva simpatía ni con pena.
13. Evitar negar, juzgar o discutir los sentimientos de la persona afectada.
14. Facilitar la cobertura de necesidades básicas (beber, orinar, permanecer en un lugar lo más confortable posible, etc.).

15. Hacer cosas que ayuden a relajarse (p.e. proporcionar una bebida caliente).
16. Ayudar a las personas afectadas a establecer cuanto antes contacto con sus personas allegadas (familiares, amigos, etc.) y favorecer el acompañamiento por parte de éstas.
17. Favorecer cuanto antes la comunicación de la localización de personas afectadas allegadas, separadas por el desastre o las operaciones de rescate posteriores. Muchas personas están más afectadas por la falta de noticias sobre la situación de sus familiares, que por su propia vivencia o estado.
18. Mantener a la persona acompañada (respetando sus deseos de intimidad).
19. Proporcionar información acerca del desastre, pero sólo aquella que la persona es capaz de asimilar o resulta funcional para el afrontamiento. Centrarse en la gestión de la información más relevante para los afectados.
20. Evitar proporcionar falsas expectativas o esperanzas infundadas, sin conocer los hechos o manejar información fiable.
21. No hacer promesas ni aseveraciones que no se puedan cumplir. Hablar en términos de probabilidad, intentos, etc. y acompañarlo de las acciones específicas que se van a procurar realizar, puede ser más realista y las personas lo van a recibir como tal si las cosas no salen como se desea.
22. Motivar a las personas para ser proactivas en el afrontamiento del desastre, y de su estado físico y psicológico.
23. Procurar no instarla a tomar decisiones si éstas pueden ser postergadas, o se encuentra en un alto grado de descontrol.
24. Aguantar momentos de silencio.
25. Facilitar la posibilidad de hablar sobre los hechos y los sentimientos y emociones asociados. Aceptar dichos sentimientos (no significa estar de acuerdo con ellos) y ayudar a la persona a que los reconozca, como punto de partida para el afrontamiento.
26. Favorecer el máximo grado de privacidad posible para enfren-
tar los sentimientos, teniendo en cuenta en todo momento las diferencias culturales.

27. Facilitar el enlace con agentes de apoyo espiritual (sacerdotes, imanes, rabinos, reverendos, etc.), si así lo demanda la persona afectada.
28. Escuchar con interés y empatía. Evitar juzgar, criticar o minimizar las emociones y sentimientos. Tener cuidado de comparar a las personas afectadas con la manera en que uno mismo cree que reaccionaría en la misma situación.
29. Favorecer las actividades para mantenerse activo y ayudar a los otros, ya que permiten mejorar el estado de ánimo.
30. Implicar y hablar con personas cercanas para intercambiar información, y planificar los cuidados posteriores.
31. Proporcionar información referente a las diferentes entidades o profesionales que pueden ayudarle a gestionar otro tipo de preocupaciones alejadas de las competencias del equipo de apoyo psicosocial (p.e. cuestiones legales, laborales, seguros, etc.)
32. Defender la posibilidad de que personas afectadas que lo deseen, puedan participar en tareas de asistencia necesarias (pero de bajo impacto). P.e. proporcionar alimento, cobijo, mantas, etc. pero no participar en actividades de mayor estrés, p.e. la recogida de cadáveres, lavado, etc.
33. Proporcionar a las comunidades movilizadas en el afrontamiento, los recursos necesarios y acordes a sus capacidades, para facilitar dicho afrontamiento, en vez de relegarles a un segundo plano ante la presencia de profesionales “al cargo”.
34. Ayudar a confrontar la realidad, asistiendo a los funerales o inspeccionando las pérdidas, cuando la persona se sienta preparada. Esto puede ayudar a la gente a enfrentar lo ocurrido.
35. Respetar el ritmo de la persona o a quienes no quieran inicialmente participar en ceremonias, volver al lugar o conocer directamente la situación.

Respecto al abordaje comunitario, se defiende la importancia de desarrollar la autonomía, el control sobre el medio, la afirmación comunitaria y el refuerzo de mecanismos protectores con acciones como¹⁰:

36. Priorizar los programas de apoyo y reunificación familiar para favorecer el apoyo social y disminuir el estrés asociado a la separación.
37. Contribuir a desarrollar la capacidad de decidir sobre su vida mediante la participación en reuniones, consejos comunitarios, etc.
38. Cuidar los efectos perniciosos que algunas formas de ayuda pueden tener al propiciar una actitud de dependencia.
39. Diseñar espacios para expresar la identidad comunitaria y las formas de apoyo, para apoyar al restablecimiento de una cierta normalidad. Estos espacios pueden ser ritos, celebraciones, formas de organización y apoyo en su contexto cultural.
40. Apoyar las actividades que se encaminen a ir restituyendo con el paso de los días un sentimiento de normalidad y rutinas positivas, como la escolarización o actividades comunitarias.

8. Factores esenciales para una respuesta de apoyo psicológico efectiva ante desastres

Ya se han visto algunas de las habilidades que con más frecuencia vamos a emplear para prestar Primeros Auxilios Psicológicos. No obstante, las actuaciones tienen lugar en un contexto amplio, en el que la organización de la respuesta cobra una importancia clave.

Si por algo se caracteriza una situación de desastre, además de por el daño originado, es por el ambiente de caos que puede reinar en los momentos iniciales (y en ocasiones, posteriores). Hemos de prevenir que las actuaciones de apoyo psicológico inmediato tras desastres puedan ser calificadas también de “desastrosas” por no contemplar una serie de factores elementales que confieran eficacia y efectividad a esta respuesta. Detengámonos en este tipo de factores¹¹.

8.1. Dirección

El entorno del desastre y la situación crítica hacen complicada la organización de las operaciones. Por esta razón, ejercitar el liderazgo en los equipos de apoyo psicológico se convierte en un factor fundamental.

Un error común en la intervención en desastres, consiste en confundir el lugar de provisión de Primeros Auxilios Psicológicos, proporcionándolos dentro del epicentro del desastre. Siempre que sea posible, los servicios de intervención psicológica deben de trabajar fuera del círculo o la llamada “zona cero” en el que se llevan a cabo las operaciones de salvamento y rescate de personas y bienes.

Los coordinadores de los grupos de apoyo psicológico deben también cuidar el mantener un perfil bajo de intervención y proveer los Primeros Auxilios Psicológicos al nivel necesario (facilitar, no imponer; prestar apoyo al nivel que la persona lo necesite y no confundir reacciones de estrés con trastornos). Hacer lo contrario podría tener un efecto contraproducente (p. e. avanzar demasiado rápido en el proceso de intervención o trabajar desde la psicoterapia).

Resulta también necesario, asegurarse de que los miembros del grupo no sobrepasan sus límites psicológicos. Es necesario dirigirles para que se procuren autocuidado y prevenir que alcancen niveles excesivos de estrés, desgaste y fatiga por compasión. Esto mismo es aplicable para los responsables de dirigir a los grupos. En ocasiones, el personal interviniente se sobreimplica (en intensidad y en duración) en el contacto con las personas afectadas y el desbordamiento emocional o la fatiga física van mermando eficacia a su labor.

8.2. Comunicación

Todas las acciones significativas relacionadas con el desastre han de verse en los canales de comunicación adecuados. Lo contrario, intensifica y prolonga la sensación (lógica en los primeros momentos) de caos.

La recogida de información, y la cumplimentación de informes al final de las actuaciones, percibidos a veces como prescindibles, pueden resultar de gran ayuda en momentos posteriores.

8.3. Cooperación

La competitividad entre diferentes organizaciones con un mismo objetivo, perjudica notablemente a las víctimas del desastre. Éstas

pueden sentirse utilizadas como “objetos” para el reconocimiento y la buena imagen de la organización participante, más que como personas ayudadas.

Es necesario sentar las bases de la cooperación y la coordinación de tareas, antes de que tenga lugar la situación crítica. En caso de que sea posible, los acuerdos entre los líderes, sentados en la mesa de crisis y el cumplimiento efectivo de estos, es fundamental para prevenir efectos perniciosos.

8.4. Priorización

Las prioridades en un desastre son alcanzar la escena, acceder a los supervivientes, rescatar los atrapados, atender a los heridos y prevenir riesgos adicionales. El entorno es a veces caótico y la presencia inmediata y desorganizada de equipos de apoyo psicológico puede aumentar aún más el caos. No es recomendable que en dicho escenario se planteen acciones de apoyo psicológico. A lo sumo es recomendable tener unos pocos psicólogos especializados, en carácter preventivo, para posibles atenciones puntuales y extraordinarias.

8.5. Autonomía

Añadido a lo anterior, hay que gestionar la aportación de recursos. En este sentido, la ayuda voluntaria puede no ser bienvenida si no se aporta de forma organizada, ya que en caso contrario puede incluso hacer más daño que beneficio. Conviene así, establecer un contacto previo y una confirmación de necesidad, antes de caer en el escenario de la situación crítica como un “paracaidista”, sin avisar y sin haber sido requerido.

La activación y actuación de grupos destinados a proporcionar Primeros Auxilios Psicológicos, requiere de una serie de pasos que permitan optimizar la movilización de estos recursos. Es primordial realizar la movilización bajo unas bases organizadas e intentar en la medida en que se pueda, ser lo más autónomo posible a nivel logístico.

“El factor tiempo de respuesta está directamente relacionado con la espectacularidad de la actuación y el factor organizativo con la efectividad real de apoyo. Así, unidades o personas que se sitúan rápidamente sin aportar al lugar estructura organizativa y autonomía, sólo contribuyen a generar más confusión (“paracaidistas”). Por el contrario equipos autónomos, polivalentes y con una estructura organizada son imprescindibles y altamente valorados”.

(Álvarez Leiva, 1999).

A veces, la no aceptación de ayuda, es considerado por los voluntarios como un desaire, un acto de soberbia o un afán de “colocarse medallas”, por parte de las autoridades locales. Es probable que esto sea cierto en ocasiones, pero si las necesidades están siendo cubiertas, sería mejor hablar de una respuesta eficaz.

9. Estructura táctica del apoyo psicológico inmediato en desastres

Las características complejas de un desastre, hacen necesario plantearse unas claves tácticas que orienten la organización de la intervención psicológica y sirven como base para las actuaciones específicas.

Conviene recordar que todas las tareas de apoyo psicológico se van a llevar a cabo dentro de un dispositivo global en el que la atención debe ir encaminada a dar una respuesta a las diferentes necesidades de los afectados; es decir, una atención biológica o sanitaria, psicológica y social; en definitiva, global. Una aproximación gráfica a esta afirmación se puede observar en la siguiente tabla¹²:

	Ámbitos de Actuación			
	Físico	Psicológico	Social inmediato	Comunitario
Elementos Diana	Supervivencia Lesiones Morbilidad Secuelas físicas	Adaptación disfuncional Vulnerabilidad Nivel elevado de estrés Miedos/ Preocupaciones Incertidumbre Duelo/Pérdidas	Trabajo Peligro para la salud de la población Incremento en suicidios y consumo de sustancias nocivas Desorganización de los servicios de salud Vivienda Escuela Desestabilización familiar	Pérdidas económicas Aumento de gastos Impacto en los medios Impacto en los valores Impacto político Calidad del contexto comunitario Incertidumbre respecto al futuro

	Ámbitos de Actuación			
	Físico	Psicológico	Social inmediato	Comunitario
Acciones requeridas	Asistencia prehospitalaria Atención hospitalaria Atención ambulatoria	Servicios psicosociales Recursos de Contacto con afectados Apoyo y autoayuda Gestión del estrés agudo Atención a personas dependientes Gestión de información Facilitación de procesos de elaboración de pérdidas	Organización de la información Cobertura de necesidades básicas Apoyo económico Apoyo en la reconstrucción Reorganización del entorno cotidiano Reestablecimiento de los sistemas de asistencia Apoyo a las familias Supervisión del estado de salud Transporte provisional	Programa de apoyo para la reconstrucción Planificación y aplicación de medidas de prevención y protección Asesoramiento a la población afectada Introducción de medidas correctivas tangibles, postincidente Control de la calidad del ambiente Colaboración con los medios de comunicación Información de calidad

	Ámbitos de Actuación			
	Físico	Psicológico	Social inmediato	Comunitario
<i>Servicios requeridos</i>	Ambulancias Hospitales Servicios sanitarios ambulatorios ONGs	Servicios psicosociales públicos Consultoría especializada Organizaciones de autoayuda ONGs	Servicios sociales Escuelas Centros de Día Asociaciones ONGs Compañías de transporte Hoteles, albergues	Ministerios Consejerías Universidades Centros especializados <i>(Adaptado de Martel, 1999)</i>

La atención integral descrita en la tabla anterior, pasa por la organización de un trabajo coordinado tanto dentro de cada área como entre cada una de ellas. En este sentido, es necesario insistir en la importancia del liderazgo y organización de los centros de coordinación operativa previstos y establecidos en el marco de la legislación sobre Protección Civil.

9.1. Control, sectorización de la asistencia y clasificación

La sectorización de la asistencia es un paso más en la organización de ésta. Los sectores que se establecen, abarcan equipos asistenciales con tareas específicas en cada uno de ellos¹³. El equipo dedicado a tareas de apoyo psicológico va a ocupar un lugar en diferentes sectores en los que también van a contar con unos cometidos específicos para cada sector.

Los tres sectores que se crean en la intervención *en el escenario del desastre* son:

- Área de Salvamento.
- Área de Socorro.
- Área de Base.

SECTORIZACIÓN DE LA ASISTENCIA PSICOLÓGICA SOBRE EL TERRENO (Parada, 2003)

ÁREA DE SALVAMENTO	
Principios	Tareas
Actuación excepcional No ingerencia con tareas de rescate Acción reactiva y de consultoría a demanda de equipos de rescate, más que proactiva Existencia de condiciones básicas de seguridad	Contacto y comunicación con atrapados sin posibilidad de asistencia inmediata Orientación al personal de rescate para el acompañamiento de personas en estado de shock hasta nido de heridos o PMA

ÁREA DE SOCORRO	
Principios	Tareas
Triage psicológico básico, posterior al sanitario ¹⁴ No ingerencia con tareas de asistencia sanitaria Atención a clasificados en el triage sanitario como verdes y amarillos (éstos últimos por indicación o con el VºBº de facultativos médicos)	Triage psicológico básico (observación de signos y síntomas, factores de vulnerabilidad) Atención en PMA a clasificados verdes y amarillos por el personal sanitario, hasta su traslado Gestión de emergencias psicológicas Gestión del acompañamiento de clasificados verdes al área de base o a otros lugares

ÁREA DE BASE	
Principios	Tareas
Proactividad en la asistencia Inmediatez Expectativa de continuidad en la atención	Valoración inicial básica (si no hay traslado inmediato) Atención inmediata básica a familiares y gestión del reagrupamiento Atención de emergencias psicológicas Enlace con recursos posteriores de ayuda

En todos los sectores, la formación del personal sanitario, de salvamento y de seguridad, en Primeros Auxilios Psicológicos va a facilitar la labor de los equipos profesionales de intervención psicosocial en desastres. Además del escenario del desastre, hay otros donde la presencia de los equipos de apoyo psicológico van a ser tanto o más efectivos (hospitales, centros de acogida de supervivientes, recepción de familiares, etc.).

Como afirma Cesar San Juan¹⁵, *uno de los puntos clave en la planificación de la intervención en catástrofes es el establecimiento de un centro de información y logístico donde se instalen parte de los servicios de asistencia. Pp.21*. En este sentido, las funciones de este centro serían entre otras:

- La localización de la información, lo que permite la comunicación de noticias de la forma más rápida posible, reduciendo la incertidumbre en la población general y en particular, en las familias de las posibles víctimas.
- La filiación de afectados no hospitalizados (cuya filiación se establecerá en estos centros) y de los familiares, con el fin de poder hacer un seguimiento posterior.
- Crear un lugar donde los afectados pueden recibir la asistencia necesaria en condiciones óptimas.
- Establecer un lugar donde pueden personarse los allegados de los afectados y se facilita el apoyo a estas personas
- Facilitar las tareas policiales y judiciales de identificación, personas “diana” para la comunicación de fallecimientos, etc. a través de las declaraciones de familiares afectados.
- Evitar la convergencia de allegados en el lugar del desastre en el que se podrían dificultar las tareas de rescate, búsqueda de personas desaparecidas, etc.

9.2. Establecimiento del apoyo: Análisis de la situación y su impacto inicial

Independientemente de que la intervención prevista va a variar en la medida en que la situación crítica continúe viva, evolucione y puedan producirse cambios significativos en el estado de la misma, hay una serie de factores a los que hay que prestar atención desde los momentos iniciales. Por ello conviene hacer un análisis previo como el propuesto:

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN Y SU IMPACTO INICIAL

Tras la notificación de la demanda de intervención en la situación crítica, la gestión de la información pasa por centrar la atención en las siguientes cuestiones:

- ¿Qué ha pasado?
- ¿Qué impacto inicial tiene?
- ¿Qué se está haciendo?
- ¿Qué evolución de la situación se prevé?

1. ¿Qué ha pasado?

En este punto conviene tener en cuenta:

- a) Las primeras informaciones son confusas y las situaciones críticas suelen ser dinámicas y cambiantes. La información recibida, por tanto, puede ser incompleta o errónea por la evolución de la propia situación.
- b) Relacionado con lo anterior, es necesario determinar el grado de cercanía entre el proveedor de la información y la situación a la que hay que dar respuesta. La calidad de la información se va deteriorando a medida que se establece una cadena más larga de facilitadores. Lo ideal es obtener información de primera mano, si es posible, de testigos directos.
- c) Si la información no ha sido verificada, es necesario, a la espera de que ocurra, ir adoptando las medidas de previsión de respuesta básicas (p.e. listas de recursos humanos con los que contactar, recursos materiales que parecen ser necesarios, etc.).

2. ¿Qué impacto inicial tiene?

El proceso que media entre la petición de ayuda y el inicio de la respuesta, pasa por afinar determinados detalles de información que pueden ser significativos para la planificación de la acción.

Las siguientes preguntas van encaminadas a valorar la severidad del impacto de la situación crítica:

Intervinientes

- ¿Hay riesgo para los intervinientes? ¿De qué tipo?

Personas afectadas

- ¿Hay personas fallecidas? ¿Qué número se estima?
- ¿Hay personas heridas que necesitan atención hospitalaria? ¿Qué número se estima?
- ¿Hay personas ilesas o heridas leves directamente afectadas? ¿Qué número se estima?
- ¿Hay personas indirectamente envueltas que están implicándose en la situación? ¿En calidad de qué se están implicando (profesionales, allegados, compañeros, testigos, otros (_____)?)
- ¿Hay algún factor de vulnerabilidad relevante?
- ¿Hay algún factor sociocultural relevante?

Pérdidas materiales

- ¿Qué daños materiales se han producido?
- ¿Qué alteraciones de la vida cotidiana implican?

3. ¿Qué se está haciendo?

En este punto, la información obtenida permite conocer las dinámicas puestas en marcha, qué otros intervinientes de otras áreas están trabajando, que necesidades de coordinación interáreas pueden ser necesarias para evitar interferencias y facilitar la labor de todos los equipos de ayuda.

- ¿Qué clase de asistencia están recibiendo los diferentes tipos de afectados?
- ¿En qué escenarios se están desarrollando las labores asistenciales?
- ¿Qué necesidades asistenciales hacen priorizar o simultanear la intervención psicológica inmediata frente a la actuación de aquellas?
- ¿Qué necesidades asistenciales hacen postponer la intervención psicológica inmediata a favor de aquellas?

4. ¿Qué evolución de la situación se prevé?

Al responder a esta pregunta, la observación se ha de establecer en términos globales, para ir desde éstos, prestando atención a las necesidades psicológicas que pueden surgir / evolucionar en las horas o días inmediatamente posteriores:

- ¿Puede la situación crítica aumentar en los mismos u otros términos en los que se ha manifestado (Más pérdidas humanas, heridos, daños materiales, etc.)?
- ¿Qué se está haciendo a este respecto?
- ¿Pueden aumentar las necesidades de atención psicosocial? ¿En qué términos?
 - Nuevos escenarios de actuación
 - Nuevas personas necesitadas de asistencia
 - Nuevas necesidades asistenciales _____

Las respuestas a las cuestiones anteriores permiten contar con una fotografía inicial de calidad suficiente como para planificar el inicio de la intervención de apoyo psicosocial. Ésta se va a iniciar, teniendo presente la necesidad de contar con información periódica y actualizada que permita realizar los ajustes oportunos de dicha respuesta, en función de la evolución de la situación crítica y su impacto.

A nivel psicológico, conviene prestar los Primeros Auxilios Psicológicos necesarios en el momento necesario. Puede haber personas que necesiten un tiempo para prepararse psicológicamente o situa-

cionalmente para recibir ayuda, p.e. porque estén participando en tareas de recuperación de personas o bienes y hayan “anestesiado” sus emociones. Este fenómeno es muy frecuente entre los miembros de los servicios de emergencia, aunque se puede dar también entre las personas directamente afectadas.

Por otra parte, una respuesta demasiado demorada puede provocar sentimientos de desconfianza o enojo (“¿*Por qué ahora y no antes?*”).

9.3. Los Primeros Auxilios Psicológicos junto a intervenciones avanzadas

Conviene contemplar la posibilidad de desplegar una *intervención multimodal* en la que desarrollar tanto estrategias de Primeros Auxilios Psicológicos como procedimientos más elaborados llevados a cabo por profesionales como psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y otros profesionales de referencia cuya participación específica resulta altamente favorable para el afrontamiento psicosocial del desastre (p.e., educadores, asesores legales, etc.).

Entre estos procedimientos avanzados podemos destacar:

- Gestión de urgencias / emergencias psicológicas (intentos autolíticos, crisis de ansiedad, comportamiento violento, crisis psicóticas, descompensaciones en pacientes psiquiátricos, etc.).
- Gestión de urgencias /emergencias sociales (separación familiar; pérdida de bienes; regularización de la situación en la que se está en el país, siendo extranjero, etc.).
- Intervención en crisis (afrontamiento del estrés postincidente, atención a manifestaciones postraumáticas, etc.).
- Counselling tras situaciones críticas (apoyo y asesoramiento en toma de decisiones, inicio de procesos de duelo, comunicación con los hijos, etc.).

En este sentido, conviene recordarnos la necesidad de enlace de las personas afectadas, con los recursos adecuados para la continuación del cuidado o la facilitación de atenciones específicas.

En ocasiones, la transferencia es necesaria debido a la finalización de los dispositivos de Primeros Auxilios Psicológicos.

El fin de la intervención inmediata pretende dar paso a otro tipo de procesos dentro del paraguas de la asistencia a las personas afectadas. En numerosas ocasiones, los hechos que van a poner punto final a la asistencia inmediata son:

- Quedan encauzados los procesos de rehabilitación, readaptación, duelo, etc. (Regreso de familiares a sus lugares de origen, finalización de entierros y vuelta a casa).
- Se ha facilitado a los afectados, el enlace con los recursos de atención a medio plazo (Servicios de Salud, Servicios Sociales, compañías aseguradoras, etc.).

El proceso de estabilización, apoyo y transferencia puede, en el caso de la organización del apoyo psicológico en desastres, ser consideradas como fases transversales, que en ocasiones van a sobreponerse, cruzarse o entrelazarse unas con otras y que pueden durar horas, días o semanas. En todo este proceso, en definitiva, los emergencistas pueden asumir también, junto a su rol de profesional del salvamento, auxilio y rescate, la tarea *complementaria* de prestar Primeros Auxilios Psicológicos.

Recuerda

- En situaciones con múltiples víctimas y desastres, el apoyo psicológico inmediato es una acción más dentro de la respuesta integral para atender a las personas afectadas.
- Hay diferentes de apoyo psicológico y el profesional de rescate, salvamento o auxilio, puede también intervenir ayudando en el nivel que le corresponde: Primeros Auxilios Psicológicos
- Los Primeros Auxilios Psicológicos, al igual que los sanitarios, constituyen acciones organizadas, básicas aunque importantes y de efectos positivos potentes, para las cuales el emergencista se puede cualificar.
- Es importante reducir el caos tras un desastre, facilitando a las labores asistenciales y en este caso a las de apoyo psicológico, una dirección, comunicación, cooperación, priorización y autonomía efectivas tanto intra como interorganizacionalmente.
- La provisión de Primeros Auxilios Psicológicos y de apoyo psicológico en general, han de prestarse atendiendo al control de la situación, la sectorización de la asistencia y la clasificación de las personas afectadas
- Las situaciones de desastre son situaciones dinámicas y dan lugar a una evolución en las necesidades. El análisis del impacto inicial y de estos cambios es fundamental para prestar un apoyo psicológico eficaz
- En situaciones de desastre van a surgir situaciones en las que los Primeros Auxilios Psicológicos que va a prestar el emergencista, han de ser complementados con otro tipo de intervenciones más avanzadas que han de realizar profesionales de la intervención psicosocial (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales...) haciendo de este tipo de apoyo una intervención pluridisciplinar.

Para completar

Lillo, A.; Muñoz, F.A.; Parada, E. Puerta, A. Ramos, M.; Pereira, M.; del Val, M. y Guijarro, A. (2004): "Intervención psicológica tras los atentados del 11 de marzo en Madrid". *Clínica y Salud*. Vol. 15. Monografía profesional.

Ramos, R. coord. (2006). *Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes*. Melilla: UNED-Melilla.

Referencias bibliográficas

1. García, M. y Gil, J.M. (2004). "Taxonomía y diferencias entre los distintos tipos de desastre". *Cuadernos de crisis*. V. 2. nº 3. Pp. 27-42. En: http://www.cuadernosdecrisis.com/PDF/cdc_005.pdf recuperado el 1 de febrero de 2008.
2. Young, B.H. (2006). "The immediate response to disaster". En Ritchie, E.C.; Watson, P.J. y Friedman, M.J. (Dir.) *Interventions following mass violence and disasters*. Pp. 134-154. NY: Guilford
3. Pérez-Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
4. Vázquez, C. y Pérez-Sales, P. (2003) *Emociones positivas, trauma y resistencia*. Ansiedad y estrés, 2-3, pp. 231-254.
5. Benedicto, J.M.; Paños, J. y Parada, E. (1998). "El paciente con trauma y sus familiares. Pautas de comunicación y apoyo psicológico". *I Congreso Iberoamericano de atención de enfermería al trauma grave*. Fundación Hospital de Alcorcón.
6. Muñoz, M.; Ausín, B. y Pérez-Santos, E. (2007). "Primeros Auxilios Psicológicos: Protocolo ACERCARSE". *Psicología conductual*. V. 15, nº 3. Págs. 479-506.
7. Everly, G.S. (1995). "Crisis intervention: The SAFE-R Model for emergency service, disaster response and military personnel". En: *Innovations in disaster and trauma psychology v. (1): Applications in emergency services and disaster response*. Págs. 194-206. MD: Chevron Publishing

8. Lerner, M.D. y Shelton, R.D. (2005). *Comprehensive Acute Traumatic Stress Management (CATSM). Addressing the emergent psychological needs of individuals, groups and organizations before, during and after a traumatic event*. NY: The American academy of experts in traumatic stress.
9. Roberts, A. (2006). "The ACT model: Assessment, crisis intervention, and trauma treatment in the aftermath of community disaster and terrorism attacks". En: Roberts, A. *Crisis intervention handbook*. Pp. 143-170. NY: Oxford University Press.
10. Páez, D.; Fernández, I. y Martín, C. (2001): "Apoyo psicosocial en las catástrofes. Implicaciones prácticas". En: San Juan, C. (Ed.): *Catástrofes y ayuda de emergencia*. Ed. Icaria. Barcelona.
11. Mitchell, J.T. (1999): "Essential factors for effective psychological response to disaster and other crises". *International Journal of Emergency Mental Health*. 1 (1): 51-58.
12. Martel, Claude (1999): "Québec psychosocial interventions in an emergency measures situation". *Traumatology*, Vol. 4, N° 4. <http://www.fsu.edu/~trauma/a6v5i3.html>
13. Parada, E. (2003): "Apoyo psicológico inmediato en desastres". I Congreso de Atención Primaria y de Salud Mental en Catástrofes. Hospital de la Defensa. Madrid.
14. Martín, J.; Parada, E. y Muñoz, F. (2006): "Triage psicológico en situaciones críticas con múltiples afectados". En: Ramos, R. (coord.). *Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes*. Pp.137-148 Melilla: UNED-Melilla.
15. San Juan, C. (Ed.) (2001): *Catástrofes y ayuda de emergencia*. Ed. Icaria. Barcelona

16

Trabajar en profesiones de emergencia: afrontar el estrés por incidente crítico y prevenir el desgaste psíquico y el desgaste por empatía

Carla Uriarte Chávarri

Enrique Parada Torres

1. Introducción

Todo lo que has aprendido en este libro (gestión del estrés, comunicación, reacciones de ansiedad, etc.) deberías aplicártelo a ti mismo/a en primer lugar. Intervenir en las profesiones de emergencia supone exponerte “voluntariamente” a la misma realidad que los afectados. Pero ese “voluntariamente” es lo que hace necesario un capítulo especial para ti.

En este capítulo vamos a hablar de las consecuencias personales de trabajar en equipos de emergencias. En concreto vamos a hablar de:

- Porqué hay que incluir un capítulo sobre cuidado de los equipos.
- Qué es el estrés por incidente crítico y el estrés postraumático secundario.
- Qué es el desgaste psíquico, en concreto el Síndrome de Quemarse por el Trabajo y el desgaste por empatía.
- Lo más importante, como prevenir, afrontar y cuidarse ante el estrés por incidente crítico y el desgaste.

Esteban se preparó para una nueva salida en la ambulancia. El aviso advertía de una colisión múltiple pero no le preocupó, conocía bien a los otros miembros del equipo y todos tenían experiencia. Él nunca había intervenido en una situación con tantos heridos como se preveía iban a encontrar, pero se concentró en las bromas y los chistes que estaban contando los otros para no pensarlo.

Fueron los primeros en llegar y le pareció que la situación era caótica. Las otras veces había un coche con unos heridos identificados. La escena que tenía delante no se parecía. Antes de salir del coche, Silvia, la coordinadora, le preguntó si se encontraba bien. Aunque no era el caso contestó “¡Claro!”. Durante la intervención se sintió perdido, impotente, porque no sabía por donde empezar y le pareció que era el único en esa situación. Cuando finalmente salieron con la sirena rompiendo el silencio, se sintió decepcionado consigo mismo. Una vez más Silvia le preguntó si se sentía bien y una vez más dijo que sí.

Esa noche fue especialmente activa. Aunque el resto de salidas fueron por problemas menores, el sentimiento de no estar trabajando bien le seguía acompañado. Al salir del puesto de socorro Silvia le comentó que se lo tomase con calma, que se fuese a descansar y le llamase si necesitaba hablar. Esto aumentó la sensación de Esteban de haber actuado mal y en vez de irse a casa decidió unirse a sus amigos de copas.

Esa noche no durmió gran cosa y al día siguiente, en el trabajo, estuvo irritable y de mal humor. Los siguientes días osciló entre sentimientos de tristeza que no entendía de donde salían y otros de irritabilidad y hastío con todo lo que le rodeaba. Se sentía mal por perder la paciencia con sus hijos con mayor facilidad y se sentía distante de Juana, su mujer.

Las situaciones de ayuda (ya sean bomberos apagando un fuego amenazador, sanitarios atendiendo a un enfermo o equipos de rescate recogiendo a un herido perdido en la montaña) tienen en común una cosa: en todas hay alguien que sufre y que necesita ayuda, y alguien dispuesta a darla.

Ver el sufrimiento ajeno mueve algo en las personas que ayudan, que es lo que les impulsa a dedicarse a eso y no a otra cosa. Ayudar es muy gratificante y frecuentemente da sentido a la vida de quien lo hace. Pero es esa misma capacidad de darse al otro, de entender el sufrimiento ajeno y por ello querer aliviarlo, lo que supone un riesgo para la salud mental de los equipos de emergencia.

2. El estrés por incidente crítico

Los incidentes críticos constituyen eventos con un gran impacto emocional capaces de afectar los recursos de afrontamiento habituales de personas o grupos, incluidos los profesionales de emergencia, que en circunstancias normales se comportan de manera eficaz¹ o al menos sin verse tan afectados.

La mayoría de los profesionales de emergencia, a lo largo de nuestra carrera, vamos a intervenir en alguna situación de alto impacto psicológico. Algunos experimentaremos reacciones de estrés por incidente crítico que afortunadamente, en la mayor parte de los casos, evolucionarán hacia una recuperación del “equilibrio” en cuestión de horas o días.

Al igual que hacíamos al referirnos en el capítulo 2º a la vivencia de estrés por parte de los accidentados, familiares, u otras personas afectadas, el profesional estará teniendo *reacciones normales* dada la *situación extraordinaria y anormal* en la que ha tenido que intervenir.

En cualquier caso, debemos asumir que nuestra profesión de emergencista nos sitúa en un grupo de riesgo de desestabilización y padecimiento de estrés por incidente crítico, que como hemos dicho, en la mayoría de los casos, será puntual. No obstante, las investiga-

ciones nos dicen que como emergencistas, si no resolvemos y afrontamos apropiadamente este estado, el estrés por incidente puede evolucionar negativamente y hacernos padecer desórdenes² psicológicos. Entre otros podemos destacar ataques de pánico, alteraciones en el estado de ánimo (depresiones), trastornos disociativos, abuso del consumo de sustancias nocivas o trastorno de estrés postraumático. Este último, por ejemplo, se ha comprobado que en profesiones de emergencia es mayor que en la población general^{3,4,5}.

2.1. Factores de riesgo de evolución negativa del estrés por incidente crítico

En estudios realizados con personal de emergencia prehospitalaria⁶, se han identificado una serie de variables que influyen en el impacto traumático que las situaciones críticas tienen en los intervinientes. Estas variables están referidas a:

- Características propias del profesional.
- Características propias de la situación crítica.
- Características propias de las circunstancias vitales (laborales, familiares, sociales...) en que se encuentra el profesional en el momento de la situación crítica.

Factores que pueden influir negativamente tras un incidente crítico	
Propios del profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Hay una historia familiar de alteraciones psicopatológicas. • Hay un rasgo destacado de neuroticismo a nivel de personalidad. • Hay un estilo inadecuado de afrontamiento de situaciones estresantes.
Propios de la situación	<ul style="list-style-type: none"> • La proximidad con la estimulación traumática (p.e. contacto próximo con escenas dantescas, labores de recuperación de cadáveres, etc.). • Condiciones de trabajo (p.e. Problemas de seguridad, riesgo de daños a la integridad personal, meteorología adversa, presión de tiempo, punto de mira de los medios de comunicación). • Conflictos de rol consecuentes a la situación (p.e. apagar fuegos o regular el tráfico frente a socorrer a heridos demandantes de ayuda, triages, etc.). • Pérdidas personales. (p.e. víctimas conocidas o familiares de personas conocidas).
Propios de las circunstancias vitales del profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Existencia o no de un adecuado apoyo social en la red social del interviniente. • Padecer una disfunción psicológicas o una psicopatología en el momento de la ocurrencia. • Estar atravesando momentos de impacto vital o crisis. • Trabajar en un contexto organizacional que dificulta la percepción de los incidentes críticos como estresantes y refuerza el sufrir estrés por incidente crítico como signo de “debilidad profesional”.

2.3. Afrontamiento del estrés por incidente crítico

Afrontar el estrés por incidente crítico en las profesiones de emergencia, es una empresa en la que tanto la organización, como los equipos de emergencistas, y cada uno de los profesionales que integra dichos equipos y dicha organización, han de asumir un papel *proactivo*.

Añadido a esto, afrontar una situación crítica en el ámbito de nuestra actividad de emergencistas no es algo que tengamos que hacer *cuando se presente la situación*; es una labor que comienza *antes* y que debe ser continuada *durante* la intervención en la situación crítica así como *inmediatamente después* y en los *días y semanas siguientes*.

Por esta razón, conviene disponer de medidas para afrontar el impacto ante nuestra participación en una situación crítica⁷. Éstas además, conviene implementarlas desde una perspectiva multinivel, de manera que:

- La organización, el profesional y el grupo de iguales puedan ejecutar acciones para minimizar el impacto psicológico de una situación crítica.
- Estas acciones se integren en todos los niveles de actuación (*antes, durante, inmediatamente después y en los días/semanas posteriores*).

A continuación presentamos una tabla adaptada de una propuesta anterior^s (tabla 15.1.):

Afrontamiento del Impacto Psicológico por Situaciones Críticas en Intervinientes: Modelo de Afrontamiento Integral				
¿QUÉ PUEDE HACER POR UN INTERVINIENTE, ANTE UNA SITUACIÓN CRÍTICA...?	<i>Antes de la situación</i>	<i>Durante la situación</i>	<i>Horas / días después</i>	<i>Días/Semanas después</i>
La organización	<ul style="list-style-type: none"> Formación en materias de gestión del estrés, estrés por incidente crítico. Entrenamiento psicológico para la intervención en emergencias y la atención a víctimas. Planificación, provisión y gestión de RRHHs y materiales favorecedores de la prevención del estrés laboral en general. 	<ul style="list-style-type: none"> Provisión y gestión de RRHHs y materiales favorecedores de la prevención del estrés laboral en general (P.e. gestión de la información para la reducción de la incertidumbre y la ambigüedad; establecimiento de turnos, atención logística, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> Provisión de recursos para el cuidado y atención de necesidades básicas (descanso, recuperación de energía física, etc.) Facilitación de la disponibilidad de acceso a Apoyo Psicológico especializado <i>inmediato</i> (Primeros Auxilios Psicológicos y Defusing) 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitación de la disponibilidad de acceso a Apoyo Psicológico especializado (Debriefing psicológico, Counselling).
El propio interviniente por sí mismo/a	<ul style="list-style-type: none"> Participación en los procesos de formación y entrenamiento Autocuidado general y continuo de la salud Cuidado y fomento del apoyo social en el contexto laboral y no laboral 	<ul style="list-style-type: none"> Fomento y empleo de los recursos de afrontamiento de la situación (p.e. orientación a la tarea, autoinstrucciones, represión emocional). Si es posible, autorregulación de la exposición a estimulación traumática. 	<ul style="list-style-type: none"> Autocuidado y afrontamiento <i>proactivo y funcional</i> del estrés por incidente crítico a través actividades de: <ul style="list-style-type: none"> Cuidado y atención de las necesidades básicas Disminución del nivel de activación Canalización de la sobreactivación (p.e. actividades con gasto energético) Apoyo social para el desahogo emocional, la descompresión y el procesamiento de la situación. Distracción lúdica Participación en los defusings psicológicos 	<ul style="list-style-type: none"> Continuación del autocuidado y afrontamiento proactivo del estrés. Valorar la utilidad del acceso al Apoyo Psicológico especializado como un recurso más de afrontamiento inteligente Participación en el debriefing psicológico
El grupo de iguales	<ul style="list-style-type: none"> Fomento de la cohesión grupal en el ámbito laboral Motivación y refuerzo del estilo de vida saludable 	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo social mutuo Si la situación lo permite, motivar al compañero afectado a regular la exposición a estimulación traumática. Reforzamiento positivo de acciones funcionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo social mutuo Primeros auxilios psicológicos de iguales no afectados (por no participar en la situación crítica) Motivación y reforzamiento de la gestión proactiva y funcional del estrés por parte del afectado. 	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo social. Motivación y reforzamiento de la gestión proactiva del estrés. Motivación y reforzamiento de la búsqueda y recepción de ayuda especializada.

(Adaptado de Parada, 2006)

2.4. El defusing y el debriefing: Intervenciones grupales de apoyo a intervinientes

El defusing y el debriefing se encuadran dentro de las estrategias grupales empleadas de forma inmediata para atender el estrés por situación crítica^{9,10}. Estas estrategias han de ser promovidas por la organización a la que pertenecen los profesionales de emergencias, tras la participación en eventos de alto impacto psicológico. No recomendamos emplearlas ante intervenciones que podríamos catalogar como “cotidianas”. Por la importancia de la dinamización adecuada de los procesos de estrés que pueden tener los intervinientes afectados, es muy recomendable que los encuentros sean facilitados por profesionales de salud mental especializados en Psicología de emergencia y Psicotraumatología.

2.4.1. El defusing

El *defusing* es un encuentro grupal breve y semiestructurado que suele tener lugar tras finalizar un incidente crítico o el trabajo efectuado con respecto a él.

A diferencia del debriefing con profesionales que trabajan con víctimas en situaciones específicas, el defusing pretende promover y facilitar oportunidades de ventilación y la reposición del profesional tras las horas de dedicación a la situación crítica. Otra de las tareas que el facilitador realiza en el defusing es motivar a los intervinientes afectados hacia el empleo proactivo e inmediato de recursos psicológicos de afrontamiento.

El momento de celebración de una reunión de defusing es aquel en el que los intervinientes finalizan su jornada laboral.

A) Objetivos del Defusing.

El foco de atención principal de esta intervención grupal, se dirige a:

- Procurar un espacio de acogida tras un incidente crítico
- Normalizar las reacciones vividas
- Motivar hacia la movilización proactiva de recursos de afrontamiento del estrés

- Identificar participantes que garantizan el funcionamiento autónomo básico y participantes que necesitan apoyo adicional o enlace con otros recursos de ayuda

Narrativas que frecuentemente surgen en el defusing:

- Exposición a peligros inesperados
- Contacto con cadáveres o restos humanos
- Reacciones de estrés agudo de supervivientes y afectados
- Encuentro con el sufrimiento de otros
- Trabajo errático y de gran desgaste
- Diferencias interculturales entre intervinientes y afectados
- Presión de tiempo
- Ambigüedad en la coordinación
- Escasez o inadecuación de equipos de trabajo
- Ambigüedad de rol
- Elecciones transcendentales
- Fallos en las comunicaciones
- Condiciones climatológicas adversas
- Sobreidentificación con las víctimas
- Estrés, traumatización previa

2.4.2. El debriefing psicológico

La intervención psicológica grupal, conceptualizada como *debriefing psicológico* constituye una estrategia estructurada. Se encuadra dentro de las estrategias empleadas de forma inmediata para atender el estrés por situación crítica. Dada la parte de trabajo cognitivo que tiene lugar en algunos puntos del desarrollo del debriefing, conviene que este encuentro tenga lugar al menos a las 48-72 horas de la situación. Si transcurrido este periodo la situación no se ha estabilizado (p.e. en interrogatorios o búsquedas de evidencias policiales, o en desastres que prolongan el trabajo durante días o semanas), conviene esperar para organizar el debriefing psicológico.

A) Objetivos del Debriefing.

El foco de atención principal de esta intervención grupal, se dirige a:

- Procurar el alivio del estrés sufrido tras un incidente crítico.
- Mitigar las consecuencias indeseables de la exposición a este tipo de situaciones.
- Facilitar la integración de la experiencia por parte de la persona afectada.
- Motivar hacia la movilización de recursos de afrontamiento funcionales.

B) Principios Generales del Debriefing.

Los siguientes principios sirven para aclarar los fundamentos, objetivos, estructura y aplicaciones del Debriefing:

- a) El debriefing busca acelerar la recuperación normal, en gente normal, que tiene reacciones inusuales pero normales, ante eventos inusuales o anormales.
- b) El debriefing no es una psicoterapia. Es una estrategia de prevención secundaria.
- c) El debriefing no es un sustituto de la psicoterapia (o al menos no se plantea como tal).
- d) El debriefing está basado en principios de intervención en crisis y educacionales más que psicoterapéuticos.
- e) Generalmente es mejor plantear la participación voluntaria y sólo ante incidentes extremos hacer la participación obligatoria.
- f) El debriefing no se plantea para solucionar los problemas relacionados con el incidente, que puedan mostrar los intervinientes, sino para mitigarlos y servir de trampolín para el afrontamiento.
- g) A veces es necesario prestar atención psicológica adicional a participantes en el debriefing.
- h) El debriefing se provee mejor si quien lo dirige no tiene una relación estrecha con los que lo necesitan.

- i) En el desarrollo del debriefing siempre debe haber un profesional de salud mental especializado.
- j) En el desarrollo del debriefing resulta positivo que el profesional de salud mental, conozca la cultura organizacional de los profesionales afectados.

2.4.3. Beneficios de las intervenciones grupales de apoyo psicológico inmediato a intervinientes

Trabajar con el equipo de profesionales afectados, puede contribuir de manera positiva y ventajosa respecto a la intervención individual –necesaria en algunos casos también–.

La participación grupal favorece:

- Modelar al grupo la legitimidad de las reacciones de estrés.
- Modelar al grupo la idoneidad de expresar sentimientos y emociones en torno al evento de manera apropiada.
- Neutralizar la falacia de “caso único y extraordinario”. *“yo soy el único que parece estar afectado. Mis compañeros parecen encontrarse como siempre”.*
- Neutralizar la falacia de anormalidad o “locura”. *“Esto que siento no debe ser bueno, algo serio me está ocurriendo”.*
- Favorecer el consuelo mutuo.
- Fomentar el apoyo intragrupal.
- Ensalzar la cooperación y cohesión grupal.

Otras ventajas destacables del debriefing psicológico son:

- Redireccionar la racionalización del evento hacia la supervivencia frente a la victimización. Potenciar la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento hacia la integración de la experiencia y el crecimiento post-incidente.
- Discriminar personas necesitadas de apoyo adicional.
- Facilitar el contacto con los sistemas de atención psicológica si se considera necesario.

3. Quemarse por el trabajo

Antonio es un bombero de Madrid con muchos años de experiencia a la espalda. Ha estado en las intervenciones más “importantes” de la historia contemporánea, desde *Alcalá 20* hasta *el 11M*, en Atocha. Cuando empezó, los “sentimentalistas” no entraban en las conversaciones, así que cada muerto que veía era una anécdota más, hasta que ahora ya ni lo menciona. Pero en el fondo está preocupado.

Le han obligado a asistir a un curso sobre el cuidado psicológico de equipos y cree que tiene algunos de los síntomas que el psicólogo mencionaba como señales de alarma. Se ha dado cuenta de que trata a las personas como si fuesen objetos impersonales, que este trabajo le ha endurecido tanto emocionalmente que realmente no le preocupa lo que le ocurre a las personas a las que da servicio. ¡Pero él no era así!

Cada día le cuesta levantarse para ir al trabajo, y al final de la jornada se siente exhausto. Siente que está acabado y ya no ve el sentido a este trabajo. Paradójicamente, él que tantos fuegos había apagado, estaba quemado.

Como afirman los expertos¹¹: *“Los estresores laborales elicitán habitualmente una serie de estrategias de afrontamiento que en el caso de los profesionales cuyo objeto de trabajo son personas, deben ser efectivas para manejar las respuestas al estrés, pero también han de ser eficaces para eliminar los estresores.*

Cuando las estrategias de afrontamiento empleadas no resultan exitosas de manera reiterada, los trabajadores desarrollan una experiencia de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los individuos hacia los que se destina el trabajo”.

Pero no es un resultado inmutable, nos podemos recuperar de este estado, y lo que es más importante: lo podemos prevenir.

El concepto de “síndrome de estrés laboral asistencial” fue propuesto por Christina Maslach en 1977 en una convención de la Asociación Americana de Psicólogos (APA) vinculado estrechamente con las profesiones asistenciales. Maslach¹² constató que los trabajadores que

afrontan de forma cotidiana los problemas sociales, de salud o seguridad de los usuarios tienden a acumular estrés como consecuencia de una interacción que en ocasiones se torna problemática y frustrante. Este conjunto de efectos fueron recogidos en el hoy popular concepto de síndrome de quemarse por el trabajo (burnout).

3.1. Componentes del síndrome de quemarse por el trabajo

Maslach concretó el síndrome en tres grupos de síntomas: cansancio emocional, despersonalización y falta de desarrollo personal.

- *El cansancio emocional*

Describe los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el propio trabajo. Cuando la fuerza o capital emocional se va consumiendo, el profesional ve cómo se vacía su capacidad de entrega a los demás, tanto desde un nivel personal como psicológico.

- *La despersonalización*

Hace referencia a un cambio de actitud hacia el trabajo y al inicio de una respuesta impersonal y fría hacia los receptores de los servicios o cuidados profesionales. Supone la aparición de unos sentimientos y actitudes negativas y cínicas acerca de la persona con la que se trabaja. Este proceso de endurecimiento, o incluso de deshumanización, en relación con “sus casos” lleva a los profesionales a considerar que esas personas son algo o bastante merecedoras de sus problemas. De esta manera el trabajo que antaño le entusiasmaba se torna en una carga, dando lugar a la apatía y la frustración.

- *La falta de realización personal*

Es la tendencia a evaluarse negativamente y a perder el sentimiento de competencia y de éxito en lo que hacemos. En estos casos el profesional puede sentirse infeliz y descontento, consigo mismo y con su labor.

El nivel organizacional es más importante que el individual a la hora de entender los procesos de burnout o desgaste emocional en el trabajo¹³. La escasez de personal, con lo que supone de sobrecarga

laboral, el trabajo en turnos, el trato con usuarios problemáticos, la falta de recursos, y en muchos casos el contacto con la enfermedad, el dolor y la muerte son factores que anteceden y agravan el peligro de desgastarse.

En la siguiente tabla se muestran los principales desencadenantes de desgaste profesional desarrollada por Cherniss¹⁴:

CONTEXTO ORGANIZACIONAL	CARACTERÍSTICAS DE LA TAREA	PROFESIONAL	PERSONAS ATENDIDAS
Recursos insuficientes o inadecuados a las necesidades de los usuarios	Monotonía y rutinización del trabajo	Conflicto entre los valores del profesional y de la organización	Personas con múltiples problemas o problemas muy complicados
Entorno de trabajo poco confortable o peligroso	Escasez de oportunidades para desarrollar habilidades profesionales	Visión desvalorizante de la profesión	Personas con problemas crónicos
Presiones de tiempo	Imposibilidad de ver los resultados del propio esfuerzo	Dificultad para compaginar la vida laboral y la privada	Personas con actitud hostil, conflictivas o que acuden obligatoriamente
Burocracia excesiva	Percepción de que los problemas de los beneficiarios son difíciles de resolver	Discrepancia entre las expectativas del profesional y las condiciones reales de trabajo	Personas muy indefensas o vulnerables
Falta de participación en toma de decisiones que afectan al propio trabajo	Intervenciones sin suficiente información o con datos ambiguos	Conflicto y ambigüedad de rol	Personas en situación de crisis
Escasa autonomía profesional			
Sobrecarga de trabajo			
Comunicación escasa y/o deficiente			
Falta de feedback			
Insuficiente supervisión de calidad			
Clima organizacional de desánimo y baja motivación			
Relaciones insatisfactorias con los compañeros			
Cambios frecuentes en el equipo de trabajo			
Salario insuficiente			
Pocas oportunidades de desarrollo personal y profesional			

Aun hoy, los estudios siguen confirmando la gran importancia de los antecedentes organizacionales como factores predictivos, también en Servicios de Emergencia, del desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo¹⁵. Aunque esto es así, también es innegable la influencia de los factores psicológicos individuales haciendo del desarrollo de esta problemática una cuestión de interacción del profesional, y los aspectos organizacionales de su profesión.

Así pues, la organización puede ayudar a prevenir la aparición del síndrome, y también nosotros, como profesionales, tenemos responsabilidad y posibilidad de influir positivamente en la prevención, afrontamiento y mitigación¹⁶.

3.2. La organización frente al síndrome de quemarse en el trabajo

Respecto a la organización, es necesario que:

- Reconozca la susceptibilidad de las condiciones de trabajo de los emergencistas de producir riesgos laborales no sólo físicos sino también psicosociales.
- Diagnostique correctamente los riesgos psicosociales a prevenir.
- Establezca medidas para erradicar o minimizar dichos riesgos.

De tal manera que un trabajo intenso, complejo y altamente demandante como es la intervención en emergencias, se lleve a cabo en unas condiciones lo más saludables posible.

3.3. El profesional frente al síndrome de quemarse en el trabajo

En lo que a nosotros, como profesionales se refiere, adoptar un estilo o una actitud determinada ante el trabajo, nos puede hacer más resistentes al queme por el trabajo. Este estilo de conducta, ha sido denominado *Personalidad resistente*.

3.3.1. Componentes de la personalidad resistente (Hardiness)

El concepto de personalidad resistente aparece por primera vez en la literatura científica en 1972, en relación a la idea de protección

frente a los estresores. Fue desarrollado a través del estudio de aquellas personas que ante hechos vitales negativos parecían tener unas características de personalidad que les protegían.

Así, se ha establecido que las personas resistentes tienen un gran sentido del compromiso, una notable sensación de control sobre los acontecimientos y están más abiertos a los retos y cambios en la vida, a la vez que tienden a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia. En general, se considera que la personalidad resistente (*hardiness*) es un constructo multifactorial con tres componentes principales: compromiso, control y reto.

- *Compromiso (commitment).*

Creer en la verdad, importancia y valor de lo que uno mismo es y de aquello que hace. Tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida, incluido el trabajo, las relaciones interpersonales y las instituciones sociales. Esto no tiene sólo una dimensión individual, sino colectiva (existir con otros), es decir, sentir que es posible ayudar a otros en situaciones estresantes si lo necesitan.

- *Control.*

Tendencia pensar y a actuar con la convicción de la influencia personal en el curso de los acontecimientos. Las situaciones se perciben como predecibles y se desarrollan estrategias de afrontamiento pertinentes.

- *Reto.*

Consiste en creer que el cambio (frente a la estabilidad) es la característica habitual de la vida. Las situaciones son oportunidades e incentivos para el crecimiento personal y no amenazas a la propia seguridad. Esta característica se relaciona con una mayor flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad y la incertidumbre. Dado que los cambios no se perciben como amenazas, no se necesita estar alerta continuamente para prevenirlos o superarlos.

3.3.2. Estrategias de afrontamiento de los estresores

Como hemos comentado en el 2º capítulo, al hablar de estrés y ansiedad, las estrategias de afrontamiento de las fuentes de estrés, constituyen otro parámetro de protección/riesgo frente al estrés laboral, incluyendo tanto la evolución negativa del estrés por incidente crítico, como también el síndrome de quemarse por el trabajo. De tal manera que según las estrategias de afrontamiento que utilicemos ante cada tipo de situación estresante, podremos hablar de estrategias funcionales –útiles–, o disfuncionales.

Recordemos que ante situaciones de estrés podemos poner en marcha dos tipos de estrategias de afrontamiento funcional¹⁷:

1) Estrategias orientadas al problema.

En estas estrategias cobran protagonismo las respuestas de tipo cognitivo o motor –acciones– dirigidas a gestionar la fuente de estrés o a incrementar los recursos para hacer frente al problema.

Esta estrategia es recomendable cuando es evidente que la fuente de estrés puede ser eliminada o gestionada por medio de acciones resolutivas.

2) Estrategias orientadas a la regulación emocional.

Destacan en este tipo de estrategias, las respuestas orientadas a provocar un cambio en cómo es percibida y vivida la situación de estrés, regulando de manera más efectiva las reacciones emocionales negativas.

Conviene emplear este segundo tipo de estrategia cuando se experimente que el estresor es algo perdurable o inmodificable.

4. El desgaste por empatía, la traumatización vicaria y el estrés traumático secundario

Recientemente, investigadores como Thomas y Wilson¹⁸ han intentado conceptualizar de forma clara los efectos de la repetida y prolongada exposición al trabajo con víctimas de trauma. Para ello, han propuesto la idea de *Estados Traumatoides* (Traumatoid

Status; “estados próximos al trauma”), que incluiría los términos de *Desgaste por Empatía* (Compassion Fatigue), *Traumatización Vicaria* (Vicarious Traumatization), y *Estrés Traumático Secundario* (Secondary Traumatic Stress).

4.1. El desgaste por empatía

Figley, un autor norteamericano, describe en 1995 lo que se conoce como “desgaste por empatía”¹⁹. La empatía consiste básicamente en intentar comprender las emociones de otra persona que sufre (empatía), acompañado por un fuerte deseo de aliviar el dolor o resolver sus causas.

Tal y como resalta Figley, la capacidad de compasión y empatía parece estar en el centro mismo de la capacidad para realizar el trabajo con personas que sufren, y al mismo tiempo en la capacidad para ser afectados por dicho trabajo.

La empatía es positiva en cuanto motiva a ayudar, a mejorar el apoyo que se le puede dar a los sobrevivientes, pero puede llegar a suponer un problema cuando el cuidador no logra distinguir entre su propia realidad y la del afectado, de tal manera que el propio cuidador puede llegar a sentirse desbordado por la situación, o desarrollar reacciones similares a las de la persona afectada.

Ana disfruta enormemente de su trabajo como psicóloga de un servicio 24 horas, de apoyo psicosocial en emergencias de su ayuntamiento. Poder ayudar a que las personas superen los momentos de crisis y trauma es algo que le reporta enorme satisfacción. Su capacidad para ponerse en el lugar del otro, para compartir su dolor, su miedo y su sufrimiento la hacen enormemente valiosa para las personas a las que ayuda. Pero cuando llega a casa le cuesta quitarse de la cabeza las historias que escucha. Sueña frecuentemente que está inmersa en las historias que le han contado, incluso la semana pasada no fue capaz de subir al coche rojo de su amigo porque le recordaba demasiado a Lucía, la chica a la que apoyó porque había sufrido un accidente de coche en el que había muerto su marido. En un coche rojo.

Como afirma en otro lugar una de las coautoras de este libro, M^a Dolores Portela²⁰, *“El desgaste por empatía es la consecuencia natural, predecible, tratable y prevenible de trabajar con personas que sufren; es el residuo emocional resultante de la exposición al trabajo con aquellos que sufren las consecuencias de eventos traumáticos. Los profesionales que trabajan con personas que sufren deben combatir, no sólo el estrés o la insatisfacción normal por el trabajo, sino también los sentimientos y emociones personales que les produce su trabajo con el sufrimiento”*.

Las manifestaciones de desgaste por empatía pueden implicar el intentar evitar atender a cierto tipo de personas o problemáticas, al sentir que el impacto personal es demasiado importante.

El desgaste por empatía, según Thomas y Wilson¹⁸, se manifiesta más en forma de fatiga física y mental que en términos de sintomatología postraumática. El desgaste por empatía implica un “cansancio” un estado exhausto, así como de pérdida de energía y vigor ante la tarea de ayudar de manera compasiva a las personas afectadas.

4.2. Traumatización vicaria

La Traumatización Vicaria es el resultado del impacto acumulativo ocasionado por trabajar con individuos traumatizados en diferentes áreas (terapeutas, paramédicos, bomberos, etc.). Es una transformación de la experiencia interna, personal e idiosincrásica del profesional como resultado de la involucración empática con las experiencias traumáticas de las víctimas. Estos efectos son acumulativos y pueden ir constituyéndose como “crónicos” si no se interviene.

Los síntomas pueden ser depresión, desesperanza, cinismo, retraimiento afectivo y un sentido de aumento de la vulnerabilidad²¹.

La Traumatización Vicaria, emerge inesperadamente y sin demasiado aviso.

Los signos y síntomas de la Traumatización Vicaria serían los siguientes:

- Falta de tiempo y energía para uno mismo.
- Disminución de las relaciones sociales.
- Incremento de la sensibilidad a la violencia.
- Cinismo.
- Desesperación generalizada y desesperanza.
- Pesadillas.
- Cambios en la identidad, manera de ver el mundo, espiritualidad
- Capacidades y recursos afectados.
- Cambios en los esquemas cognitivos y las necesidades psicológicas.
- Alteraciones sensoriales (imágenes intrusivas, disociación, despersonalización).

4.3. Estrés traumático secundario

El Estrés Traumático Secundario, puede aparecer de forma repentina. El profesional que sufre Estrés Traumático Secundario puede presentar una sintomatología similar al Trastorno por Estrés Post-Traumático. Los aspectos diferenciales con respecto a ser víctima directa del trauma y padecer Trastorno por Estrés Post-Traumático son^{19, 22}:

La respuesta del profesional afectado implica miedo intenso, indefensión u horror en relación a una situación:

- De seria amenaza para la persona traumatizada.
- De destrucción súbita del entorno de la víctima.

El profesional también manifiesta síntomas como:

- Recuerdos de la situación/de la víctima.
- Sueños y o pesadillas con la situación/la víctima.
- Flashbacks o reexperimentación súbita de la situación/de la víctima.
- Atención a estímulos que recuerdan la situación/la víctima.
- Hipervigilancia ante situaciones relacionadas con el suceso sufrido por la víctima.

Al igual que en el TEPT, los síntomas con una duración inferior a un mes se consideran normales, agudos y reacciones relacionadas con la crisis. Aquellos síntomas no manifestados hasta seis meses después se consideran estrés traumático secundario demorado.

5. Prevenir es mejor que curar

¿Tenemos derecho a preocuparnos de nuestro propio bienestar, por encima del de las personas afectadas?

Si un emergencista da una respuesta afirmativa podemos presumir que ya sigue algunas de las recomendaciones que vamos a plantear a continuación. Si la respuesta es negativa, merece la pena tomarnos un poco de tiempo para pensar sobre esta cuestión.

¿Cuándo saltan las bolsas de oxígeno en un avión, a quien se debe colocar primero la bolsa en la boca? ¿a uno mismo o al niño indefenso que está a nuestro lado?

La respuesta correcta es: a uno mismo.

Pues en el caso del apoyo psicológico en las profesiones de emergencia y de ayuda se debe aplicar el mismo principio. Para poder cuidar de los otros primero tenemos que cuidar de nosotros/as mismos/as.

Ana, la psicóloga que empatizaba tanto con las personas a las que ayuda que tenía reacciones parecidas, debe cuidarse porque si no acabará por dejar este trabajo que le gusta y los supervivientes perderán un valioso apoyo.

La prevención es siempre la mejor táctica, pero aceptar que hay que cuidarse es el paso previo imprescindible para poder prevenir.

La responsabilidad de prevenir y gestionar el malestar emocional es tanto de la organización que envía los equipos como de cada uno de nosotros.

Algunos elementos imprescindibles para prevenir los problemas de salud mental son:

- *Preparación técnica.*

Como interviniente, ante las necesidades de los supervivientes, en ocasiones desbordantes, sentir que uno sabe lo que está haciendo es un factor de protección clave.

- *Información.*

Todo lo que es predecible es más fácil de manejar. Cuanto más se sabe de las circunstancias en las que se va a trabajar, cuanto más predecible es una situación más preparados estaremos para hacerla frente.

Si Esteban hubiese sentido que estaba preparado para intervenir en una situación con varios heridos parte de su malestar no hubiese surgido. Pero no tenía experiencia en este tipo de intervenciones y la falta de información probablemente le provocó la sensación de caos.

- *El equipo.*

Es otro elemento de protección clave. Trabajar con un equipo que conoces, en el que los roles están bien delimitados y existe un liderazgo definido y cercano es una fuente de apoyo inestimable. Por ello la comunicación y la resolución de conflictos debe ser una prioridad en los equipos de emergencias. Un buen equipo sirve además como un termómetro de sus miembros. Es una buena idea que los miembros de un equipo conozcan cuales son las señales de estrés excesivo de los otros, de esta manera los unos y los otros se pueden monitorear y cuidar.

- *Aceptar los límites, propios y de la organización.*

No siempre se logra hacer las cosas como nos gustaría, ya sea por limitaciones en los recursos o porque nosotros mismos estamos en un estado de cansancio que no nos permite trabajar mejor. Ante las necesidades del superviviente pueden surgir deseos de ir más allá de lo posible, pero esto es una fuente de frustración y culpabilización segura.

- *Evitar una excesiva identificación.*

Como actitud ante el trabajo, también puede ayudarnos a prevenir el desgaste por empatía. Si nos encontramos frente a una persona afectada y sentimos que su situación, o su historia, nos está “tocando demasiado” conviene recordarnos que somos dos personas, dos biografías diferentes.

Nosotros no somos el superviviente, no hemos sufrido su situación, no es nuestra historia, y por eso podemos ayudar mejor.

Ana, la psicóloga que vimos se sentía de manera parecida a las personas que ayuda, mejoró el día que empezó a decirse a sí misma delante de un superviviente: *te voy a intentar comprender para ayudarte, pero tú eres tú y yo soy yo. No puedo hacer el proceso de recuperación por ti, solo puedo escucharte e intentar ayudarte.* Poco a poco logró marcar más el límite entre los otros y ella, y eso le ha ayudado a continuar siendo una buena psicóloga, sin que el coste personal de su trabajo la obligue a abandonarlo.

- *Aceptar los límites también pasa por darse permisos.*

Darnos permiso para reconocer el cansancio y descansar; darnos permiso para reconocer la sensación de hambre y comer; darnos permiso para sentir las emociones que la situación provoca en nosotros-as y expresarlas si podemos. En definitiva, darnos permiso para ser humanos, además de intervinientes. Si cada uno de los miembros de un equipo se da estos permisos también dará permiso a los otros a hacerlo, con lo que mejoraremos el bienestar y la capacidad de reacción como equipo.

- *Pedir ayuda.*

Reconocer abiertamente, si es el caso, que no nos sentimos bien.

En el caso de Esteban el no reconocer que se estaba sintiendo mal, tanto durante la intervención como posteriormente, le impidió acceder al bien maspreciado en estas situaciones: el apoyo social. El apoyo de los compañeros, el sentirse escuchado, le podría haber ayudado a evitar las reacciones de malestar que hemos visto anteriormente.

- *Cuidar nuestro estrés de base de forma consciente.*

El estrés excesivo se acumula, de tal forma que se convierte en un factor de riesgo personal. Cuando te enfrentas a una situación especialmente difícil estarás más en riesgo de sufrir un impacto negativo si tu tasa de estrés básico ha sido excesivo en las últimas semanas. De manera progresiva introduce en tu rutina medidas de prevención y gestión del estrés. Seguro que conoces muchas de las recomendaciones clásicas para prevenir el estrés (hacer ejercicio moderado diario, llevar una dieta equilibrada, tener buenos hábitos de sueño, etc.), ahora solo te queda ponerlas en práctica. Te lo recomendamos, es una inversión en tu propio bienestar que no tiene precio.

Cuidémonos, las personas a las que ayudamos lo necesitan.

Recuerda

- El trabajo con supervivientes puede tener un impacto personal del que hay que ser conscientes: El estrés por incidente crítico.
- Podemos resumir el desgaste psíquico como el agotamiento resultante de estar implicado en situaciones laborales emocionalmente demandantes.
- El desgaste por empatía, la traumatización vicaria y el estrés traumático secundario se producen cuando el interviniente empatiza excesivamente con la realidad del superviviente.
- Para poder cuidar de los demás debemos cuidarnos a nosotros mismos primero.
- Prevenir pasa por aceptar nuestros límites, expresar el malestar y pedir ayuda si es necesario, así como por estar preparado para lo que vamos a hacer.

Para complementar

Avia MD, Vázquez C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza.

Delgado, F. (2006): *Saber cuidarse para poder cuidar*. Madrid: PPC.

Médicos sin Fronteras Holanda (2005): *Stress in the field*. MSF: Amsterdam.

Morett, N.; Morante, M.E.; Rodríguez, A. y Rodríguez-Carvajal, R. (2007): “El síndrome de burnout en profesionales de emergencias”. En: Gil-Monte, P.R. y Moreno-Jiménez, B.; *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Madrid: Pirámide.

Referencias bibliográficas

1. Parada, E. (1998). "Psicología aplicada al salvamento". En: Palacios, Iglesias, Zañafón, Angueira y Parada (1998) *Salvamento acuático, salvamento deportivo y psicología*. A Coruña: Xaniño.
10. Mitchell, J.T. (2007). *Group crisis support*. Ellicot City. MD: Chevron publishing corp.
3. Deangelis, T. (1995). "Firefighters ptsd at dangerous levels". *Apa monitor*, 26. 36-37.
4. Wagner, D.; Heinrichs, M.; Ehler, U. (1998). "Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in german professional firefighters". *American journal of psychiatry*. 155: 12. 1727-1732.
5. Al-Naser, F.; Everly, G.S. (1999). "Prevalence of posttraumatic stress disorder among kuwaiti firefighters". *International journal of emergency mental health*. V (1). 2, 99-103.
6. Mc Cammon, S.I. (1996): "Emergency medical service workers: occupational stress and traumatic stress". En: Paton, D. y Violanti, J.M. *Traumatic stress in critical occupations*. Charles C. Thomas publishers.
7. Parada, E. (2001). "Organización del apoyo psicológico en accidentes acuáticos con múltiples víctimas y desaparecidos". II congreso internacional de salvamento y socorrismo. A Coruña: Ed. Xaniño.
8. Parada, E. (2006). "El apoyo psicológico al personal interviniente". En: Ramos, R.; García, A. y Parada E. (Coords.). *Psicología aplicada a crisis, desastres y catástrofes*. Melilla: UNED-Melilla.
9. Mitchell, J.T. y Everly, G.S. (2001). *Critical incident stress debriefing: An operations manual for CISD, Defusing and other group crisis intervention services, Third edition*. Ellicot City. MD: Chevron publishing corp.
11. Gil-Monte, P.R. (2007). "El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): una perspectiva histórica". En: Gil-Monte, P.R. y Moreno-Jiménez, B. *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Madrid: Pirámide

12. Maslach, C. y Jackson, S.E. (1997): *MBI Inventario "Burnout" de Maslach. Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA.
13. Uriarte, C.; Moreno, F. y cols. (2006) Informe del estudio Salud mental de los cooperantes de Médicos del Mundo.
14. Cherniss, C. (1980): *Staff Burnout. Job stress in the human services*. CA: SAGE
15. Morett, N.; Morante, M.E.; Rodríguez, A. y Rodríguez-Carvajal, R. (2007): "El síndrome de burnout en profesionales de emergencias". En: Gil-Monte, P.R. y Moreno-Jiménez, B. *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Madrid: Pirámide.
16. Grau, A.; Suñer, R. y García, M.M. (2005) "Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales". *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 463-470.
17. Vázquez, C.; Crespo, M. y Ring, J. (2000). "Estrategias de afrontamiento". En A. Bulbena, G. Berrios y Fernández de Larrinoa, P. (Eds.), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 425-436). Barcelona: Masson.
18. Thomas, R.B. y Wilson, J.P. (2004) *Issues and controversies in the understanding and diagnosis of compassion fatigue, vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder*. International Journal of Emergency Mental Health. Vol. 6, nº 2, pp. 81-92.
19. Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. NY: Brunner / Mazel Publishers.
20. Portela, M.D. (2005) *Aproximación al desgaste por empatía en el trabajo con víctimas*. Trabajo de investigación dirigido por E. Parada. Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.
21. McCann, L. & Pearlman, L. (1990) *Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims*. Journal of Traumatic Stress, 3 (2), pp. 131-149.
22. Moreno-Jiménez, B.; Morante, M.E.; Garrosa, E. y Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: El coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, Vol. 12., Nº 2, pp. 215-231.

BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA

Dirigida por Beatriz Rodríguez Vega y Alberto Fernández Liria


2. PSICOTERAPIA POR INHIBICIÓN RECÍPROCA, por Joseph Wolpe.
3. MOTIVACIÓN Y EMOCIÓN, por Charles N. Cofer.
4. PERSONALIDAD Y PSICOTERAPIA, por John Dollard y Neal E. Miller.
5. AUTOCONSISTENCIA: UNA TEORÍA DE LA PERSONALIDAD, por Prescott Lecky.
9. OBEDIENCIA A LA AUTORIDAD. Un punto de vista experimental, por Stanley Milgram.
10. RAZÓN Y EMOCIÓN EN PSICOTERAPIA, por Albert Ellis.
12. GENERALIZACIÓN Y TRANSFER EN PSICOTERAPIA, por A. P. Goldstein y F. H. Kanfer.
13. LA PSICOLOGÍA MODERNA. Textos, por José M. Gondra.
16. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y R. Grieger.
17. EL BEHAVIORISMO Y LOS LÍMITES DEL MÉTODO CIENTÍFICO, por B. D. Mackenzie.
18. CONDICIONAMIENTO ENCUBIERTO, por Upper-Cautela.
19. ENTRENAMIENTO EN RELAJACIÓN PROGRESIVA, por Berstein-Berkovec.
20. HISTORIA DE LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA, por A. E. Kazdin.
21. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, por A. T. Beck, A. J. Rush y B. F. Shawn.
22. LOS MODELOS FACTORIALES-BIOLÓGICOS EN EL ESTUDIO DE LA PERSONALIDAD,
por F. J. Labrador.
24. EL CAMBIO A TRAVÉS DE LA INTERACCIÓN, por S. R. Strong y Ch. D. Claiborn.
27. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA, por M.^a Jesús Benedet.
28. TERAPÉUTICA DEL HOMBRE. EL PROCESO RADICAL DE CAMBIO, por J. Rof Carballo y
J. del Amo.
29. LECCIONES SOBRE PSICOANÁLISIS Y PSICOLOGÍA DINÁMICA, por Enrique Freijo.
30. CÓMO AYUDAR AL CAMBIO EN PSICOTERAPIA, por F. Kanfer y A. Goldstein.
31. FORMAS BREVES DE CONSEJO, por Irving L. Janis.
32. PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS, por Donald Meichenbaum y Matt E. Jaremko.
33. ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES, por Jeffrey A. Kelly.
34. MANUAL DE TERAPIA DE PAREJA, por R. P. Liberman, E. G. Wheeler, L. A. J. M. de visser.
35. PSICOLOGÍA DE LOS CONSTRUCTOS PERSONALES. Psicoterapia y personalidad,
por Alvin W. Landfield y Larry M. Leiner.
37. PSICOTERAPIAS CONTEMPORÁNEAS. Modelos y métodos, por S. Lynn y J. P. Garske.
38. LIBERTAD Y DESTINO EN PSICOTERAPIA, por Rollo May.
39. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. I. Fundamentos teóricos, por Murray
Bowen.
40. LA TERAPIA FAMILIAR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, Vol. II. Aplicaciones, por Murray Bowen.
41. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, por Bellack y Harsen.
42. CASOS DE TERAPIA DE CONSTRUCTOS PERSONALES, por R. A. Neimeyer y G. J. Neimeyer.
BIOLOGÍA Y PSICOANÁLISIS, por J. Rof Carballo.
43. PRÁCTICA DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por A. Ellis y W. Dryden.
44. APLICACIONES CLÍNICAS DE LA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, por Albert Ellis y
Michael E. Bernard.
45. ÁMBITOS DE APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA MOTIVACIONAL, por L. Mayor y F. Tortosa.
46. MÁS ALLÁ DEL COCIENTE INTELECTUAL, por Robert. J. Sternberg.
47. EXPLORACIÓN DEL DETERIORO ORGÁNICO CEREBRAL, por R. Berg, M. Franzen y
D. Wedding.
48. MANUAL DE TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA, Volumen II, por Albert Ellis y Russell M. Grieger.
49. EL COMPORTAMIENTO AGRESIVO. Evaluación e intervención, por A. P. Goldstein y H. R. Keller.
50. CÓMO FACILITAR EL SEGUIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS.
Guía práctica para los profesionales de la salud, por Donald Meichenbaum y Dennis C. Turk.
51. ENVEJECIMIENTO CEREBRAL, por Gene D. Cohen.

52. PSICOLOGÍA SOCIAL SOCIOCOGNITIVA, por Agustín Echebarría Echabe.
53. ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA LA RELAJACIÓN, por J. C. Smith.
54. EXPLORACIONES EN TERAPIA FAMILIAR Y MATRIMONIAL, por James L. Framo.
55. TERAPIA RACIONAL-EMOTIVA CON ALCOHÓLICOS Y TOXICÓMANOS, por Albert Ellis y otros.
56. LA EMPATÍA Y SU DESARROLLO, por N. Eisenberg y J. Strayer.
57. PSICOSOCIOLOGÍA DE LA VIOLENCIA EN EL HOGAR, por S. M. Stith, M. B. Williams y K. Rosen.
58. PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO MORAL, por Lawrence Kohlberg.
59. TERAPIA DE LA RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS, por Thomas J. D'Zurilla.
60. UNA NUEVA PERSPECTIVA EN PSICOTERAPIA. Guía para la psicoterapia psicodinámica de tiempo limitado, por Hans H. Strupp y Jeffrey L. Binder.
61. MANUAL DE CASOS DE TERAPIA DE CONDUCTA, por Michel Hersen y Cynthia G. Last.
62. MANUAL DEL TERAPEUTA PARA LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPOS, por Lawrence I. Sank y Carolyn S. Shaffer.
63. TRATAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO CONTRA EL INSOMNIO PERSISTENTE, por Patricia Lacks.
64. ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ANSIEDAD, por Richard M. Suinn.
65. MANUAL PRÁCTICO DE EVALUACIÓN DE CONDUCTA, por Aland S. Bellak y Michael Hersen.
66. LA SABIDURÍA. Su naturaleza, orígenes y desarrollo, por Robert J. Sternberg.
67. CONDUCTISMO Y POSITIVISMO LÓGICO, por Laurence D. Smith.
68. ESTRATEGIAS DE ENTREVISTA PARA TERAPEUTAS, por W. H. Cormier y L. S. Cormier.
69. PSICOLOGÍA APLICADA AL TRABAJO, por Paul M. Muchinsky.
70. MÉTODOS PSICOLÓGICOS EN LA INVESTIGACIÓN Y PRUEBAS CRIMINALES, por David L. Raskin.
71. TERAPIA COGNITIVA APLICADA A LA CONDUCTA SUICIDA, por A. Freemann y M. A. Reinecke.
72. MOTIVACIÓN EN EL DEPORTE Y EL EJERCICIO, por Glynn C. Roberts.
73. TERAPIA COGNITIVA CON PAREJAS, por Frank M. Datillio y Christine A. Padesky.
74. DESARROLLO DE LA TEORÍA DEL PENSAMIENTO EN LOS NIÑOS, por Henry M. Wellman.
75. PSICOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA COOPERACIÓN Y DE LA CREATIVIDAD, por Maite Garaigordobil.
76. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA TERAPIA GRUPAL, por Gerald Corey.
77. TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO. Los hechos, por Padmal de Silva y Stanley Rachman.
78. PRINCIPIOS COMUNES EN PSICOTERAPIA, por Chris L. Kleinke.
79. PSICOLOGÍA Y SALUD, por Donald A. Bakal.
80. AGRESIÓN. Causas, consecuencias y control, por Leonard Berkowitz.
81. ÉTICA PARA PSICÓLOGOS. Introducción a la psicoética, por Omar França-Tarragó.
82. LA COMUNICACIÓN TERAPÉUTICA. Principios y práctica eficaz, por Paul L. Wachtel.
83. DE LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL A LA PSICOTERAPIA DE INTEGRACIÓN, por Marvin R. Goldfried.
84. MANUAL PARA LA PRÁCTICA DE LA INVESTIGACIÓN SOCIAL, por Earl Babbie.
85. PSICOTERAPIA EXPERIENCIAL Y FOCUSING. La aportación de E.T. Gendlin, por Carlos Alemany (Ed.).
86. LA PREOCUPACIÓN POR LOS DEMÁS. Una nueva psicología de la conciencia y la moralidad, por Tom Kitwood.
87. MÁS ALLÁ DE CARL ROGERS, por David Brazier (Ed.).
88. PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVISTAS. Teoría, Investigación y Práctica, por Michael J. Mahoney (Ed.).
89. GUÍA PRÁCTICA PARA UNA NUEVA TERAPIA DE TIEMPO LIMITADO, por Hanna Levenson.
90. PSICOLOGÍA. Mente y conducta, por M^a Luisa Sanz de Acedo.
91. CONDUCTA Y PERSONALIDAD, por Arthur W. Staats.

92. AUTO-ESTIMA. Investigación, teoría y práctica, por Chris Mruk.
93. LOGOTERAPIA PARA PROFESIONALES. Trabajo social significativo, por David Guttmann.
94. EXPERIENCIA ÓPTIMA. Estudios psicológicos del flujo en la conciencia, por Mihaly Csikszentmihalyi e Isabella Selega Csikszentmihalyi.
95. LA PRÁCTICA DE LA TERAPIA DE FAMILIA. Elementos clave en diferentes modelos, por Suzanne Midori Hanna y Joseph H. Brown.
96. NUEVAS PERSPECTIVAS SOBRE LA RELAJACIÓN, por Alberto Amutio Kareaga.
97. INTELIGENCIA Y PERSONALIDAD EN LAS INTERFASES EDUCATIVAS, por M^a Luisa Sanz de Acedo Lizarraga.
98. TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO. Una perspectiva cognitiva y neuropsicológica, por Frank Tallis.
99. EXPRESIÓN FACIAL HUMANA. Una visión evolucionista, por Alan J. Fridlund.
100. CÓMO VENCER LA ANSIEDAD. Un programa revolucionario para eliminarla definitivamente, por Reneau Z. Peurifoy.
101. AUTO-EFICACIA: CÓMO AFRONTAMOS LOS CAMBIOS DE LA SOCIEDAD ACTUAL, por Albert Bandura (Ed.).
102. EL ENFOQUE MULTIMODAL. Una psicoterapia breve pero completa, por Arnold A. Lazarus.
103. TERAPIA CONDUCTUAL RACIONAL EMOTIVA (REBT). Casos ilustrativos, por Joseph Yankura y Windy Dryden.
104. TRATAMIENTO DEL DOLOR MEDIANTE HIPNOSIS Y SUGESTIÓN. Una guía clínica, por Joseph Barber.
105. CONSTRUCTIVISMO Y PSICOTERAPIA, por Guillem Feixas Viaplana y Manuel Villegas Besora.
106. ESTRÉS Y EMOCIÓN. Manejo e implicaciones en nuestra salud, por Richard S. Lazarus.
107. INTERVENCIÓN EN CRISIS Y RESPUESTA AL TRAUMA. Teoría y práctica, por Barbara Rubin Wainrib y Ellin L. Bloch.
108. LA PRÁCTICA DE LA PSICOTERAPIA. La construcción de narrativas terapéuticas, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
109. ENFOQUES TEÓRICOS DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO, por Ian Jakes.
110. LA PSICOTERA DE CARL ROGERS. Casos y comentarios, por Barry A. Farber, Debora C. Brink y Patricia M. Raskin.
111. APEGO ADULTO, por Judith Feeney y Patricia Noller.
112. ENTRENAMIENTO ABC EN RELAJACIÓN. Una guía práctica para los profesionales de la salud, por Jonathan C. Smith.
113. EL MODELO COGNITIVO POSTRACIONALISTA. Hacia una reconceptualización teórica y clínica, por Vittorio F. Guidano, compilación y notas por Álvaro Quiñones Bergeret.
114. TERAPIA FAMILIAR DE LOS TRASTORNOS NEUROCONDUCTUALES. Integración de la neuropsicología y la terapia familiar, por Judith Johnson y William McCown.
115. PSICOTERAPIA COGNITIVA NARRATIVA. Manual de terapia breve, por Óscar F. Gonçalves.
116. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA DE APOYO, por Henry Pinsker.
117. EL CONSTRUCTIVISMO EN LA PSICOLOGÍA EDUCATIVA, por Tom Revenette.
118. HABILIDADES DE ENTREVISTA PARA PSICOTERAPEUTAS
Vol 1. Con ejercicios del profesor
Vol 2. Cuaderno de ejercicios para el alumno, por Alberto Fernández Liria y Beatriz Rodríguez Vega.
119. GUIONES Y ESTRATEGIAS EN HIPNOTERAPIA, por Roger P. Allen.
120. PSICOTERAPIA COGNITIVA DEL PACIENTE GRAVE. Metacognición y relación terapéutica, por Antonio Semerari (Ed.).
121. DOLOR CRÓNICO. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica, por Jordi Miró.
122. DESBORDADOS. Cómo afrontar las exigencias de la vida contemporánea, por Robert Kegan.
123. PREVENCIÓN DE LOS CONFLICTOS DE PAREJA, por José Díaz Morfa.
124. EL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO, por Eduardo Remor, Pilar Arranz y Sara Ulla.
125. MECANISMOS PSICO-BIOLÓGICOS DE LA CREATIVIDAD ARTÍSTICA, por José Guimón.
126. PSICOLOGÍA MÉDICO-FORENSE. La investigación del delito, por Javier Burón (Ed.).

127. TERAPIA BREVE INTEGRADORA. Enfoques cognitivo, psicodinámico, humanista y neuroconductual, por John Preston (Ed.).
128. COGNICIÓN Y EMOCIÓN, por E. Eich, J. F. Kihlstrom, G. H. Bower, J. P. Forgas y P. M. Niedenthal.
129. TERAPIA SISTÉMICA DE PAREJA Y DEPRESIÓN, por Elsa Jones y Eia Asen.
130. PSICOTERAPIA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DE PERSONALIDAD, Manual teórico-práctico, por Carlo Perris y Patrick D. McGorry (Eds.).
131. PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA TRANSCULTURAL. Bases prácticas para la acción, por Pau Pérez Sales.
132. TRATAMIENTOS COMBINADOS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. Una guía de intervenciones psicológicas y farmacológicas, por Morgan T. Sammons y Norman B. Schmid.
133. INTRODUCCIÓN A LA PSICOTERAPIA. El saber clínico compartido, por Randolph B. Pipes y Donna S. Davenport.
134. TRASTORNOS DELIRANTES EN LA VEJEZ, por Miguel Krassoievitch.
135. EFICACIA DE LAS TERAPIAS EN SALUD MENTAL, por José Guimón.
136. LOS PROCESOS DE LA RELACIÓN DE AYUDA, por Jesús Madrid Soriano.
137. LA ALIANZA TERAPÉUTICA. Una guía para el tratamiento relacional, por Jeremy D. Safran y J. Christopher Muran.
138. INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN LA PSICOSIS TEMPRANA. Un manual de tratamiento, por John F.M. Gleeson y Patrick D. McGorry (Coords.).
139. TRAUMA, CULPA Y DUELO. Hacia una psicoterapia integradora. Programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas, por Pau Pérez Sales.
140. PSICOTERAPIA COGNITIVA ANALÍTICA (PCA). Teoría y práctica, por Anthony Ryle e Ian B. Kerr.
141. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN BASADA EN LA CONSCIENCIA PLENA. Un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas, por Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams y John D. Teasdale.
142. MANUAL TEÓRICO-PRÁCTICO DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS, por Isabel Caro Gabalda.
143. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DEL TRASTORNO DE PÁNICO Y LA AGORAFOBIA. Manual para terapeutas, por Pedro Moreno y Julio C. Martín.
144. MANUAL PRÁCTICO DEL FOCUSING DE GENDLIN, por Carlos Alemany (Ed.).
145. EL VALOR DEL SUFRIMIENTO. Apuntes sobre el padecer y sus sentidos, la creatividad y la psicoterapia, por Javier Castillo Colomer.
146. CONCIENCIA, LIBERTAD Y ALIENACIÓN, por Fabricio de Potestad Menéndez y Ana Isabel Zuazu Castellano.
147. HIPNOSIS Y ESTRÉS. Guía para profesionales, por Peter J. Hawkins.
148. MECANISMOS ASOCIATIVOS DEL PENSAMIENTO. La “obra magna” inacabada de Clark L. Hull, por José M^a Gondra.
149. LA MENTE EN DESARROLLO. Cómo interactúan las relaciones y el cerebro para modelar nuestro ser, por Daniel J. Siegel.
150. HIPNOSIS SEGURA. Guía para el control de riesgos, por Roger Hambleton.
151. LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. Modelos y tratamiento, por Giancarlo Dimaggio y Antonio Semerari.
152. EL YO ATORMENTADO. La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica, por Onno van der Hart, Ellert R.S. Nijenhuis y Kathy Steele.
153. PSICOLOGÍA POSITIVA APLICADA, por Carmelo Vázquez y Gonzalo Hervás.
154. INTEGRACIÓN Y SALUD MENTAL. El proyecto Aiglé 1977-2008, por Héctor Fernández-Álvarez.
155. MANUAL PRÁCTICO DEL TRASTORNO BIPOLAR. Claves para autocontrolar las oscilaciones del estado de ánimo, por Mónica Ramírez Basco.
156. PSICOLOGÍA Y EMERGENCIA. Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia, por Enrique Parada Torres (coord.)
157. VOLVER A LA NORMALIDAD DESPUÉS DE UN TRASTORNO PSICÓTICO. Un modelo cognitivo-relacional para la recuperación y la prevención de recaídas, por Andrew Gumley y Matthias Schwannauer.

158. AYUDA PARA EL PROFESIONAL DE LA AYUDA. Psicofisiología de la fatiga por compasión y del trauma vicario, por Babette Rothschild.
159. TEORÍA DEL APEGO Y PSICOTERAPIA. En busca de la base segura, por Jeremy Holmes.
160. EL TRAUMA Y EL CUERPO. Un modelo sensoriomotriz de psicoterapia, por Pat Ogden, Kekuni Minton y Clare Pain.
161. INSOMNIO. Una guía cognitivo-conductual de tratamiento, por Michael L. Perlis, Carla Jungquist, Michael T. Smith y Donn Posner.



Este libro es una herramienta de ayuda para profesionales de la emergencia (Técnicos en emergencia sanitaria, bomberos, socorristas, médicos y personal de enfermería de emergencia prehospitalaria, rescata-dores, policía, personal de Protección Civil, etc.). Asimismo, pretende proporcionar una herramienta útil a los psicólogos docentes en dichos servicios de emergencia.

A través de un formato didáctico se facilita el aprendizaje de habilidades psicológicas que ayudarán al profesional en el desempeño de su intenso trabajo. El libro aborda los diferentes estados psicológicos que suelen presentar las personas afectadas en las situaciones de emergencia. De igual forma, proporciona guías útiles para la gestión de situaciones críticas por medio de las habilidades psicológicas para hacerles frente y el empleo de pautas y procedimientos eficaces de interacción con las personas objeto de ayuda.

Por medio de ejemplos y casos desarrollados y/o dialogados, menú de elementos clave, cuadros, resúmenes y preguntas para la reflexión, se pretende presentar unos contenidos facilitadores de una lectura dinámica, didáctica y claramente aplicable a la práctica profesional del emergencista.

Enrique Parada Torres (Madrid, 1968). Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid y especialista en Psicología de Urgencias, emergencias y catástrofes. Máster en Psicología Clínica e Intervención Cognitivo-conductual y en Comunicación y Problem Solving Estratégico.

Actualmente trabaja como psicólogo consultor en crisis y emergencias y como Profesor Asociado de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. Es así mismo profesor de un máster universitario de Psicología clínica y alrededor de una decena de cursos de Postgrado sobre Psicología de urgencias, emergencias y catástrofes e Intervención en Crisis.

Además de la formación, su ámbito habitual de trabajo, es el counselling y la psicología aplicada en el ámbito personal y organizacional, así como la intervención en situaciones críticas (accidentes, desastres, etcétera).

ISBN: 978-84-330-2272-1



9 788433 022721

www.edesclae.com



biblioteca de psicología

