

UNIDAD DIDÁCTICA. 5

Intervención psicológica de primer orden Intervención en crisis

5.1 Crisis psicológica. Fases y Reacciones

5.2 Características y Principios de la Intervención en Crisis

5.3 Procedimiento de Intervención en Crisis

5.4 Primeros Auxilios Psicológicos en Intervención en Crisis / Catástrofes

5.5 Anexo I. Intervención psicológica en una situación de desastre desde el modelo de la terapia familiar breve. Petra González Cañamero

5.6 Anexo II. Primeros auxilios psicológicos. Samur.

5.6 Anexo III. Comunicación de malas noticias. Javier Jiménez y Santiago Garcia



5.1. Crisis psicológica. Fases y Reacciones

Ante un acontecimiento traumático y estresante y que suelen ocurrir de forma inesperada, (inundaciones, accidente aéreo, terremotos, etc.) las personas reaccionan con temor, miedo, malestar psicológico intenso y ansiedad, porque se ven envueltos en situaciones que representan un peligro real para su vida o la de los demás.

En estas reacciones psicológicas, no solo influye la magnitud del propio acontecimiento traumático en sí, sino que dichas reacciones, van a estar moduladas, por **factores individuales**, (Antecedentes psicopatológicos previos, personalidad, estrategias de afrontamiento del individuo, evaluación subjetiva de la situación, etc.) y **sociales**, (Apoyo social, Aprendizaje preventivo de normas de autoprotección en su comunidad, etc.).



Estas reacciones psicológicas suelen mantenerse en los días/semanas siguientes al acontecimiento traumático y suelen ir evolucionando en varias fases:

FASE DE SHOCK*1 :

Se caracteriza por:

- Reacciones emocionales de tristeza, rabia, llanto, incredulidad y negación (no pueden creer que haya sucedido ese accidente o catástrofe.).
- Reacciones Cognitivas caracterizadas por una limitada capacidad de pensamiento y acción. Se produce embotamiento emocional y un deterioro en la capacidad de concentración y

memoria, afectando a la capacidad de toma de decisiones, y a la realización de determinadas gestiones legales, necesarias tras una catástrofe.

(P. ej. no encontrar su documentación en su bolso, aunque la lleva dentro del mismo, no se acuerdan de su teléfono, etc.)

- Alto nivel de ansiedad, caracterizado por reacciones fisiológicas como aumento del ritmo cardíaco, aumento del ritmo respiratorio (pudiendo dar lugar a mareos), dilatación de pupilas, dilatación de capilares de manos y piernas, sudoración de manos, inhibición salivar, micción fre-

cuente, opresión torácica, etc.

- Reacciones motoras extremas de hiperactividad o hipoactividad.

La hipoactividad se produce cuando las personas reaccionan quedándose inmóviles, estáticas, como petrificadas (p.ej. permanecen sentadas en una silla con la mirada perdida, carentes de energía, apenas hablan, etc.)

La hiperactividad se caracteriza porque las personas se manifiestan en movimiento continuo, desplazándose de un lugar a otro, sin parar de hablar, con tics (como movimiento continuo de una pierna, etc.)

Hay que tener en cuenta que suele provocar más demanda de atención la respuesta hiperactiva que la hipoactiva, por ser más escandalosa. Pero sin embargo, desde un punto de vista psicopatológico, es más necesaria la atención a las personas hipoactivas.

FASE DE REACCIÓN*1:

Se caracteriza por:

- Reacciones emocionales fuertes (odio, culpabilidad).

Culpa y Autoreproche: La culpa y el autoreproche son experiencias comunes entre los supervivientes: Culpa por algo que ocurrió, o algo que se descuidó alrededor del momento de la catástrofe.

La mayoría de las veces, la culpa es irracional y se mitigará con la confrontación con la realidad.

(P.ej. ante un terremoto en Turquía una madre comentaba "no debía haber dejado a mi hijo ir al colegio ese día " "he tenido yo la culpa por enviarlo allí")

En este sentido, se va a exponer un ejemplo de cómo introducir elementos de realidad para empezar a elaborar la culpa:

En las inundaciones de Biescas ante comentarios como "no pude rescatar a mi hijo de la riada, no lo agarré suficientemente".

Los psicólogos dieron respuestas del tipo: "¿tu crees que con tus manos puedes tener fuerza para

sujetar a alguien, cuando esta riada ha sido capaz de llevarse caravanas de toneladas?". Este tipo de intervenciones son un primer intento de facilitar una reestructuración cognitiva de la situación.

Enfado y odio: el enfado proviene de dos fuentes:

1. De una sensación de frustración ante el hecho de que no había nada que se pudiera hacer para evitar el suceso.
2. Después de la pérdida de alguien cercano, se produce una experiencia regresiva, con tendencia a sentirse desamparado, incapaz de existir sin esa persona y a experimentar enfado y ansiedad.

A veces se produce un mecanismo de desplazamiento, es decir dirigirlo a otra persona y culparla de la muerte: (p.ej. el médico, otro miembro de la familia, etc.)

Una de las desadaptaciones más peligrosas del enfado es la postura de dirigirlo hacia adentro, hacia sí mismo, aspecto que se ha de identificar y dirigir apropiadamente, pues, si no, puede patologizarse y desencadenar en conductas autopunitivas o suicidas.

- Reacciones de evitación, con relación a todos los aspectos relacionados con la catástrofe.

(P.ej. evitan hablar de lo sucedido, pasar por el lugar del accidente, estar con personas que estuvieron en la catástrofe, recordar aspectos relacionados con la catástrofe, etc.)

- Reacciones fisiológicas resultado de una ansiedad mantenida una serie de días, donde aparecen, además de los síntomas de ansiedad de la fase de shock, cefaleas, alteraciones del sueño (insomnio) y de la alimentación (vómitos, diarreas, pérdida del apetito, etc.).

Además las catástrofes suelen afectar al sistema de creencias y valores produciendo una visión negativa del mundo, de sí mismo y de los demás.

En cuanto al mundo, se deteriora la creencia de

*1 Se puede completar esta información en la Unidad Didáctica 3, en la Unidad didáctica 5 sólo se han desarrollado las reacciones directamente implicadas con las pautas de Intervención para facilitar su comprensión.

que los hechos son ordenados, previsibles y controlables.

Respecto a la idea de sí mismo, aparece pérdida de confianza en sí mismo, baja autoestima, baja percepción de la eficacia de uno mismo, la persona pasa a pensar que los hechos ocurren por azar y no por la influencia de las actuaciones de uno mismo, se altera la idea de que la vida está llena de sentido y la presunción de que es una persona importante.

En cuanto a los demás, se altera la idea de que la gente es de confianza y que vale la pena relacionarse con ella.

Se debe ayudar a las personas a comprender su experiencia, ofrecer un acompañamiento que les permita restaurar su sentido de control sobre el medio "nadie podía prever lo que pasó" "la mayoría de la gente hubiera hecho lo mismo que usted..." de forma que no se sienta victimizada por un mundo que sea meramente azar o amenazante.

En la mayoría de los individuos estas reacciones se van resolviendo paulatinamente, dando lugar a una retroalimentación o a un equilibrio, donde el individuo ha superado la situación a las pocas semanas y además puede haber adquirido nuevas estrategias de afrontamiento para hacer frente a esta situación nueva o fortalecer las estrategias que ya poseía.

En otros individuos estas reacciones persisten y se agudizan interfiriendo el funcionamiento de su vida social, laboral o familiar y generando determinados trastornos psicopatológicos (Trastorno de Estrés Postraumático, Trastorno por Estrés Agudo, Depresión, etc.).

5.2. Características y Principios de la Intervención en Crisis.

La intervención crítica se basa generalmente en la asunción de que la mayoría de la gente puede ocuparse de la mayoría de los problemas en sus vidas. Cuando sufren estrés, aplican sus propios mecanismos de "defensa" o de cómo afrontar la situación, hasta que esa tensión termina. Sin embargo, cuando la emergencia es única y el daño es grave, esos mecanismos normales pueden

no ser efectivos y la persona permanece en un estado de gran ansiedad y confusión. En este caso, se necesita ayuda, y ésta es más útil cuanto antes se preste.

La intervención crítica es una intrusión temporal en la vida de las personas cuando sus propios medios de afrontar las situaciones (coping) se muestran ineficaces. Su objetivo es ayudar a la gente a retornar a sus niveles anteriores de independencia lo antes posible.

Características comunes de la intervención crítica:

1. La intervención no tiene por qué ser consecuencia de la expresión de una demanda por parte del afectado, sino que son los propios psicólogos los que se pueden ofrecer. En función de la receptividad el terapeuta prosigue con su función o se retira.
2. No están fijados los límites temporales y espaciales de la intervención terapéutica, estos se desarrollan de acuerdo a cómo lo aconsejan las circunstancias.
3. Brevedad e Intensidad de la intervención terapéutica.
4. El contexto de relación en sí, es especial (visitas de autoridades, equipos de rescate, voluntarios, etc.)
5. La intensidad de las emociones, tanto cualitativamente, como cuantitativamente, pueden llegar a ser extremas.
6. El contacto físico es mucho más frecuente e intenso, (Hay que tener en cuenta la procedencia cultural del afectado, para conocer su interpretación del contacto físico).

Las intervenciones deberán orientarse a las jerarquías de las necesidades, inicialmente físicas y de seguridad, después sociales de integración, y finalmente necesidades relacionadas con la

autoestima, y el autocontrol.

La intervención crítica es inmediata, a corto plazo y orientada al síntoma.

Principios Básicos de la Intervención en Crisis.

- Proximidad: la atención Psicológica debe realizarse en los escenarios próximos a la catástrofe (tanatorio, hospitales etc.) para evitar patologizar la situación, trasladando a los afectados a un centro de salud mental ó gabinete psicológico.
- Inmediatez: La intervención psicológica debe ser precoz para contribuir a aliviar el problema y prevenir su cronificación.
- Expectativas Es importante transmitir información positiva al afectado sobre su capacidad de afrontar la situación, e insistir en la idea de que está sufriendo reacciones normales ante situaciones anormales (Acontecimiento Traumático)
- Simplicidad: Los métodos terapéuticos deben ser breves y sencillos, teniendo en cuenta el embotamiento emocional de los afectados en estas circunstancias.
- Unidad: Los afectados tienen sentimientos, percepciones e ideas en relación a su experiencia de la catástrofe, caóticos y desestructurados, se debe procurar reestructurar dichas experiencias, para facilitar un control cognitivo de la situación.

5.3.Procedimiento de Intervención en Crisis

A continuación se muestran los principales pasos en esta intervención:

COMPENETRÁNDOSE

La buena relación se refiere a los sentimientos de entendimiento, interés y preocupación entre dos o más personas. La compenetración comienza cuando se hace saber a alguien que eres un ayudante psicosocial interesado en hablar del desastre y en ayudar a la persona a que se recupere. Generalmente, la primera cosa que la gente en

situación crítica necesita es que se conozca su situación. La actitud comprensiva del Psicólogo, su apoyo y su guía puede ayudarles a afrontar la situación crítica.

IDENTIFICANDO, DEFINIENDO Y ENFOCANDO EL PROBLEMA.

La gente que pasa por una grave crisis puede convertirse en alguien desorganizado, incluso caótico, en su pensamiento y en su actividad. Aparecen tantos problemas y hay tantas cosas por hacer que están abrumados e incapaces de hacer nada. A menudo es muy útil identificar un problema como la cosa más inmediata en la que centrarse. Si es posible, debería ser un problema que pueda ser rápidamente solucionado, ya que un primer éxito será importante para devolver un sentimiento de control y confianza.

Se evaluará el nivel de pérdida de los recursos que los individuos han experimentando.

Evaluar las características del desastre actual y considerar entre otros los siguientes factores de distrés psicológico (respuesta al estrés) siguiente:

- a) Si llegó el desastre a amenazar la vida o la integridad física de las víctimas.
- b) Si la víctima estuvo expuesta a escenas degradantes.
- c) Si se ha producido una muerte violenta o repentina de una persona querida por la víctima afectada.

Se deben evaluar el grado de estresores actuales, el nivel de control de la situación percibido, la cantidad de apoyo social y el nivel de ajuste psicológico anterior al desastre.

Analizar el grado de mala adaptación consecuente al desastre.

EVALUANDO LOS PROBLEMAS

Los trabajadores psicosociales deberían tener en cuenta la seriedad de los problemas y el estado de la gente con la que trabajan, durante una conversación. Algunas de las posibles cuestiones son: ¿Qué pasó con esa persona? ¿Qué gravedad tie-

nen las pérdidas? ¿Qué importancia tienen los objetos perdidos? ¿Puede esa persona sobrellevar el dolor? A la vez, el Psicólogo debería tener en cuenta los recursos de la persona: estilo de vida, personalidad y cómo controla los sentimientos. Así, se pueden establecer prioridades y se pueden considerar formas de remediar los problemas.

Casi todas las preguntas serán del tipo "QUE" y "COMO" y raramente se pregunta "POR QUE".

¿Qué piensas?

¿Qué es lo que quieres hacer? ...

¿Cómo lo harás?

¿Cómo crees que.....?

¿En qué medida es igual o diferente esto de....?

Preguntas diseñadas para ayudar al paciente a relatar su historia

¿Puedes explicarme qué pasó o lo que te pasó?

Dime todo lo que deba saber para que te entienda

No tienes que compartir algo que quieras mantener en privado

¿Has experimentado alguna situación parecida a ésta?

¿Puedes explicarme cómo eran las cosas antes de que ocurriera la tragedia?

Has descrito que en esta situación te sentiste desamparado, fuera de control, próximo a la muerte, etc. En algún momento de tu vida ¿Recuerdas haber sentido un sentimiento similar de desamparo?

¿Crees que tienes suficiente información sobre lo que te pasa o ha pasado? ¿Qué información necesitas todavía?

¿Es la primera vez que has pedido ayuda?

EVALUANDO LOS RECURSOS DISPONIBLES

Tras determinar los problemas y evaluarlos, es apropiado preguntar acerca de los recursos disponibles del superviviente. Con frecuencia, la persona tendrá unos recursos únicos y personales. Es útil explorar posibles formas de ayuda para los pro-

blemas de la persona, en su entorno familiar, gente próxima, amigos, el clero o médicos. A menudo, algunos recursos se olvidan hasta que se mencionan en la charla. Éstos se añadirán a los que se acuerden para satisfacer las necesidades especiales de la comunidad afectada por el desastre.

Preguntas diseñadas para ayudar al paciente a prestar atención a sus estrategias de afrontamiento y a generar soluciones de afrontamiento:

Las estrategias de afrontamiento son el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales permanentemente cambiantes desarrollados para hacer frente a las demandas específicas externas e internas, evaluadas como abrumadoras y desbordantes de los propios recursos.

Si estos esfuerzos resultan efectivos en la resolución de los problemas proporcionarán alivio, recompensa, tranquilidad y equilibrio en definitiva, disminuirán el estrés.

El paciente debe evaluar la situación enfrentándose al dolor y, la postración, debe redefinir su propio rol y modificar sus metas a corto y largo plazo, asumiendo la alteración temporal o no de sus relaciones inter o intra personales.

Los sujetos que tienen esta actitud suelen ser prácticos, optimistas, flexibles y detectan y resuelven los problemas eficazmente.

Existen sin embargo otras actitudes que impiden afrontar debidamente las dificultades. Aparecen en los sujetos que niegan sistemáticamente todos los problemas, o en aquellos que sintiéndose abrumados por su mala suerte, transfieren todas sus responsabilidades a otros.

En el caso de un agente agresor (inundaciones, terremotos, etc.) un afrontamiento eficaz incluye todo aquello que permita al individuo tolerar, minimizar o aceptar o incluso ignorar dichos acontecimientos estresantes que escapan a su control.

Existen dos tipos de afrontamiento:

- El dirigido a resolver el problema, cuando se cree posible que este sea susceptible de algún

cambio

- El que pretende controlar la emoción interna, cuando se valora el entorno como inmodificable y el sujeto intenta cambiar ciertas pautas de conducta, aprender nuevos recursos.

Ambos se influyen potenciándose o interfiriéndose.

De hecho las personas que creen que el resultado depende de sus propias conductas, afrontan de distinta forma los problemas que las que piensan que todo es fruto del azar, de la casualidad del destino o de cualquier otra fuerza que escape a su control personal.

Los primeros emplean estrategias activas y los segundos defensivas.

Los estilos, modos conductas o estrategias de afrontamiento pueden considerarse desde un punto de vista afectivo, cognitivo o conductual, aunque es difícil establecer una separación neta.

En cuanto a los estilos emocionales, la interpretación personal que el paciente hace de la catástrofe, respecto a las consecuencias que tengan sobre sí mismo, sobre su familia, actividades etc. condicionan sus respuestas emocionales (ansiedad, depresión, rabia etc.)

En cuanto a los mecanismos cognitivos: Existen patrones que influyen en sus percepciones, interpretaciones y actitudes, como pueden ser la hipervigilancia o la minimización..

La asunción de ciertas creencias religiosas puede contribuir a nuevas reinterpretaciones del acontecimiento traumático vivido, convirtiéndose así en otra forma de afrontamiento(ej. Visión de la muerte desde el cristianismo o el Islamismo, etc.)

En cuanto al estilo conductual, el afectado desarrollará acciones como lucha, capitulación, pasividad, evitación, etc.

Es importante potenciar sus propias capacidades de afrontamiento, y evaluar el propio estilo de afrontamiento del individuo.

Tipos de preguntas para evaluar sus estrategias de afrontamiento:

¿Puedes recordar una ocasión en el que estabas casi vencido, pero en cambio te recuperaste?

¿Qué has hecho para enfrentarte al problema?
¿Qué funcionó y que no funcionó?

¿Qué es lo que funcionó/ no funcionó para enfrentarte al problema?

1. Si el paciente habla de una "persona especial", pedirle que explique la relación y si no sugerírselo al paciente.
2. ¿Qué es lo que viste en esta persona que lo hizo tan especial?
3. ¿Qué es lo que esta persona vio en ti?
4. ¿Qué consejo te daría esta persona referente a tu situación actual especial?
5. ¿Dónde empezarías para poner en práctica esos consejos tan valiosos y cómo eliminarías barreras?
6. Creo que has empezado a descubrir lo que necesitas que se haga.

Cuando la gente se enfrenta a experiencias traumáticas desarrolla formas de enfrentar las pérdidas y las situaciones peligrosas y desafiantes. Esas formas de afrontamiento pueden ser más o menos positivas dependiendo del contexto y la persona, y pueden variar según la edad y la posición social. Determinadas formas de afrontamiento, generalmente, son más comunes entre mujeres (*Davidson y Foa, 1991*) y en víctimas de status socioeconómico bajo. La "respuesta instrumental" (por ejemplo, precauciones en casa y organizarse con los amigos y vecinos), es más común entre víctimas más jóvenes y con un nivel socioeconómico alto.

Una investigación desarrollada en la Comunidad Autónoma Vasca confirmó algunas de las formas de afrontamiento más utilizadas por las personas, ante una catástrofe natural. En primer lugar, el "afrontamiento activo" que se caracteriza por una lucha ante el problema desarrollando un plan de actuación. También se utilizó frecuentemente el

"afrontamiento focal racional", que consiste en concentrarse en el problema, esperando el momento adecuado para actuar. Posteriormente le siguen un "afrontamiento expresivo", o búsqueda de apoyo social, caracterizado por haber hablado con otros que tenían un problema similar y que manifestaron su rabia y enojo por el suceso que estaban sufriendo. Por último utilizaron en menor medida la "resignación" y la "evitación" como formas de afrontamiento. (Páez, Arroyo y Fernández, 1995).

El estudio llevado a cabo en Guatemala (ODHAG, 1998) sobre el afrontamiento de catástrofes humanitarias, ha revelado las siguientes dimensiones de afrontamiento positivo de las personas y comunidades afectadas por la violencia, debiéndose destacar que las tres primeras presentan componentes colectivos:

- a) Afrontamiento directo y autocontrol, fue la dimensión más importante, la que explicaba en mayor grado la experiencia de la gente, como un conjunto de mecanismos desarrollados para vivir en medio de la violencia. Este primer factor reunía el no hablar, las conductas de solidaridad, resignación, resistencia directa, búsqueda de información, autocontrol y contención.
- b) Una segunda dimensión estaba asociada al desplazamiento, el retorno y la reconstrucción de los lazos familiares (huir para defender la vida). Se trata de un afrontamiento colectivo o comunitario de huida colectiva.
- c) Afrontamiento instrumental colectivo, el cual reunía la precaución y vigilancia junto a la organización comunitaria y también se asociaba al desplazamiento colectivo al exilio o la montaña.
- d) La cuarta dimensión relacionaba la resistencia en situaciones límite, con el hablar y buscar consuelo. Este componente es más individual y supone un afrontamiento emocional adaptativo a las situaciones estresantes y traumáticas.
- e) El quinto factor reunía el compromiso sociopolítico y la reinterpretación positiva de lo ocurrido, es decir, las formas de comprometerse para tratar de cambiar la realidad. Globalmente es la dimensión de afrontamiento cognitivo e ideológico.

Se intentará fortalecer la idea de sí mismo, elogiando su capacidad para haber resuelto otras situaciones difíciles a lo largo de su vida y aprovechar el contacto con el afectado para darle expectativas positivas de su recuperación.

Es importante tener en cuenta que los recursos también van a condicionar el estilo de afrontamiento que el afectado utilizará (físicos, personales, sociales, recursos materiales, técnicas de resolución de problemas etc.) Es necesario planificar su utilización, para que le lleven al afectado a un afrontamiento activo y no defensivo o meramente asistencial

DESARROLLANDO E IMPLEMENTANDO UN PLAN

Normalmente, es mejor elaborar un plan con las personas involucradas. Una dificultad habitual para los ayudadores psicosociales es la tentación de intentar resolver todos los problemas de la persona y asumir el control completamente. En lugar de eso, el objetivo debería ser ayudar a la gente a retomar el funcionamiento independiente, una meta que la mayoría quiere alcanzar.

El ayudador debe servir un propósito útil sugiriendo alternativas no tenidas en cuenta antes.

Es de la mayor importancia evitar comprometerse ofreciendo servicios, materiales o soluciones que no es posible otorgar. Levantar falsas expectativas y esperanzas es normalmente mucho peor que no ofrecer nada. Hay que recordar que el interés, la comprensión y la preocupación ofrecida son los elementos más importantes.

Los principales niveles de intervención son:

- Primeros Auxilios Psicológicos
- Apoyo Psicosocial y Evaluación paralela de otras ayudas y cuidados
- Evaluación preventiva y Gestión de Grupos en riesgo
- Charlas con víctimas, familiares y agentes encargados de paliar el desastre.
- Tratamiento de desórdenes específicos a cargo de profesionales de salud mental.

- Atención a la salud mental a largo plazo. Evaluando el nivel de pérdida de los recursos que los individuos han experimentando, y realizando un seguimiento..

SEGUIMIENTO

Si es posible, habrá que hacer un seguimiento posterior, para ver cómo han ido evolucionando los afectados, la reconstrucción de sus pérdidas materiales, y la elaboración de las pérdidas humanas.

La gente ve esto como la mejor evidencia de la franqueza de los contactos.

5.4. Primeros Auxilios Psicológicos en Intervención en Crisis / Catástrofes

El Apoyo Psicológico en los momentos/días siguientes a la catástrofe tiene los siguientes objetivos:

- Aliviar el sufrimiento psicológico
- Facilitar la pronta reorganización a su actividad laboral, familiar y social,
- Prevenir el agravamiento de los síntomas, para desarrollar actuaciones que eviten su cronificación.

A través de la **empatía** (ponerse en el lugar del otro), y de técnicas como estrategias de **comunicación** y de escucha activa se va a facilitar la exteriorización de los sentimientos, percepciones e ideas con relación a la situación de la catástrofe.

La empatía es la capacidad de conexión emocional diferenciada, intentar pensar y sentir de la misma forma que el afectado siente y piensa.

Produce una sensación de seguridad haciendo sentir al afectado aceptado, acompañado, apoyado y escuchado.

La presencia física, el contacto táctil, el escuchar al afectado sin juzgar y el utilizar frases como "estaré aquí hasta que se resuelva todo", son maneras de potenciar esa empatía y ese clima de seguridad, esencial para establecer una relación

adecuada con el afectado.

Una actitud de escucha, acogida y apoyo es fundamental en el momento de contactar con los afectados.

A veces el silencio acompañado de silencio (Silencio Compartido) puede ser una ayuda.

A través de la **comunicación** transmitimos información usando el **Canal Verbal**, el contenido de la comunicación, el "qué decimos" y el mensaje afectivo, el **Canal No Verbal** el "como lo decimos".

COMUNICACIÓN

=

QUÉ DECIMOS CV

INFORMACIÓN VERAZ

NO CULPABILIZAR

+

CÓMO LO DECIMOS CNV

GESTOS

TONO DE VOZ

MIRADA

ORIENTACIÓN CORPORAL

CONTACTO FÍSICO

COMPORTAMIENTO

En cuanto al contenido de la comunicación es esencial el dar información veraz para potenciar un clima de seguridad y contribuir a una reestructuración cognitiva de la situación y el no culpabilizar para no potenciar ideas negativas de uno mismo que suelen tener algunos afectados y va en detrimento de la activación de sus propias estrategias de afrontamiento.

En este sentido evitar comentarios como los siguientes ante accidentes de coches. :

"Cómo ibas a excesiva velocidad" " Cómo no llevabas el cinturón de seguridad"

En cuanto a la comunicación no verbal es esencial utilizar el contacto visual, un tono de voz afectuoso, sereno, claro, orientar el cuerpo hacia el afectado y utilizar el contacto físico.

Con todos estos mensajes le estamos dando infor-

mación de que le escuchamos y además le estamos infundiendo calma.

No olvidemos que el nerviosismo es tan contagioso como la calma, si actuamos con tranquilidad, sin correr de un sitio a otro infundiremos calma, si actuamos gritando y corriendo provocaremos nerviosismo y miedo.

Esto se comprobó en los últimos terremotos ocurridos, donde en los primeros momentos siguientes al sismo, los niños pequeños manifestaron alegría y sorpresa y lo percibieron como algo divertido, pero al observar conductas de nerviosismo, miedo y descontrol en adultos, reaccionaron mostrando conductas regresivas, miedo y evitación con relación a permanecer en el lugar donde estaban cuando ocurrió el terremoto.

La escucha activa se caracteriza por escuchar con todo nuestro cuerpo:

A través del canal verbal (preguntando si no entiendo, por ejemplo ¿qué quieres decir con encontrarte fatal?, y asintiendo si entiendo, es decir repitiendo con palabras nuestras lo que dice el afectado).

A través del canal no verbal, asentimos con la cabeza si entendemos y mostramos interés por lo que nos dice con todo nuestro cuerpo, a través del contacto visual, la orientación corporal, etc.

COMUNICACIÓN

Canal verbal	Canal no verbal
PREGUNTAR, SI NO ENTIENDO	GESTOS
	TONO DE VOZ
	MIRADA
RECAPITULAR, SI ENTIENDO	ORIENTACIÓN CORPORAL
	CONTACTO FÍSICO
	COMPORTAMIENTO

La escucha activa va a darle la posibilidad al afectado de que cuente lo que ha pasado, que construya un relato ordenando los hechos en su memoria y cuando lo haya conseguido, le será más fácil dejar de pensar en ello.

Generalmente los afectados tienen distorsiones,

focalizan la atención en un aspecto determinado ignorando los demás, la ventilación provoca que el abanico se abra

Contará algunas cosas que pueden no haber pasado y desconocerá otras, debemos facilitarle información si la tenemos para que construya una cognición coherente de los hechos, en los que se procurará introducir elementos de realidad.

A través del relato se va a permitir el desahogo de sentimientos y sufrimientos opresivos, mitigando respuestas de evitación (el olvido de ciertas partes de los hechos o el no querer pensar en otros).

Además de con palabras los sentimientos del afectado pueden expresarse con el llanto. Este le permite desahogarse, evitando ese dolor y opresión en el pecho y en el estómago.

Otra forma en que una persona desahoga sus emociones es con agresividad.

Puede asustar pero hay que recordar que la ira no es contra nosotros sino otra manera de descargar el sentimiento de rabia propio de la fase de shock,

En estos casos hay que actuar con tranquilidad e infundiendo calma. Normalmente se apagará rápidamente, pero hay que vigilar que esta agresividad no se dirija hacia sí mismo u a otros.

Hablar sobre el hecho traumático inmediatamente después de él, puede provocar un desgaste psicológico, produciendo un efecto negativo sobre el estado de ánimo y fisiológico inmediato, aunque tenga un efecto positivo a largo plazo.

Es esencial analizar las emociones, centrarse en ellas e intentar introducirlas en un contexto; es decir la tristeza debe ir acompañada de la conciencia de lo que se ha perdido, el enfado se ha de dirigir de manera adecuada y eficaz, asegurándose que no se dirija hacia sí mismo u a otros, se ha de elaborar y resolver la culpa y se ha de identificar y manejar la ansiedad, si no se tienen en cuenta estos objetivos la ventilación emocional no es eficaz, a pesar de la cantidad de sentimientos que se estén evocando.

En síntesis hablar es positivo si se integran emociones y reevaluaciones, si no se hace de manera

repetitiva y si la persona quiere hacerlo.

Así mismo es esencial potenciar el apoyo social (Redes Sociales, Laborales o Familiares del afectado) porque son elementos muy determinantes de la pronta recuperación. (por ejemplo en el caso del accidente aéreo de Melilla, el Equipo Psicosocial se aseguró que cuando llegasen a sus destinos, alguien les estuviera esperando, etc.)

Se debe ayudar a los supervivientes a identificar los cambios sufridos en sus relaciones familiares y sociales, incluyendo también las formas de solidaridad, nuevas amistades y grupos de apoyo. En los momentos iniciales puede predominar el impacto, pero estos cambios pueden ser vistos y reevaluados más adelante como parte de los propios recursos para la reconstrucción.

Se deben prever las tensiones posteriores que pueden aparecer en las relaciones sociales. Las personas pueden sentirse decepcionadas por la falta de apoyo y comprensión de los que le rodean. Además, muchos problemas previos pueden aparecer en forma de conflictos especialmente en la fase de reconstrucción.

También los accidentes suelen ser más frecuentes después de episodios de estrés severos. Por ello es importante reestructurar cuanto antes la vida cotidiana y organizar las formas de apoyo. La prevención y manejo de conflictos puede ser una forma de apoyo en contextos de desorganización social, conflictos previos o problemas en la gestión de las ayudas.

Si se interviene sobre todas estas variables, se va a proporcionar un control cognitivo de la situación, reduciendo la indefensión y facilitando su asimilación.

Es esencial informar a los afectados, de las respuestas emocionales, fisiológicas, cognitivas y conductuales, esperables tras una situación de catástrofe para normalizar la interpretación de sus reacciones e insistir en la idea de que son sínto-

mas normales ante situaciones anormales (sucesos catastróficos), anulando el concepto patológico que de dichos síntomas pueda tener el afectado.

Normalizar las reacciones fisiológicas y cognitivas, citadas en la fase de shock y reacción: cansancio falta de sueño, pesadillas, pérdida de memoria y concentración, palpitaciones, temblores, dificultades para respirar, diarrea, tensión muscular, dolores de cabeza, o espalda, trastornos menstruales, y cambios en el interés sexual.

En cuanto a las reacciones emocionales, se debe ayudar a que el afectado comprenda, que las reacciones emocionales tan fuertes que han vivido y que les sobrepasan son normales y habituales tras un suceso catastrófico.

Entre estas reacciones están las expuestas en la fase de shock o/y reacción: miedo, sensación de desesperanza, tristeza, nostalgia, por los que se han ido, sentimiento de vergüenza, culpa, enojo, preguntarse por qué el ha sobrevivido, recuerdos y reminiscencias sistemáticas de las personas que ha perdido, sentimientos de decepción, etc..

También hay que ayudarle a comprender que dichos sentimientos son particularmente fuertes, si mucha gente ha muerto, si las muertes fueron súbitas ó violentas, si los cuerpos no han sido recuperados, si existía una relación muy estrecha con la persona que falleció, o si la relación con la persona que murió estaba en un estadio difícil. , y explicarles que se necesita tiempo, para ir enfrentando ese impacto.

Todo este tipo de reacciones físicas, cognitivas y emocionales son bastantes comunes después de un acontecimiento traumático, y son producidas por el estrés.

Es necesario aprender a identificar los síntomas de ansiedad en uno mismo y en los demás (ver síntomas en fase de shock y reacción) y entrenarle en técnicas muy sencillas de manejo del estrés que le ayuden a manejar la ansiedad en esos primeros momentos, o ante situaciones difíciles como reconocimiento de cadáveres o recogida de

efectos personales.

Entre las técnicas más sencillas nos encontramos: respiración diafragmática, o torácica, pero también podemos utilizar relajación, etc.

Estas técnicas son útiles para mejorar su bienestar, y para potenciar el desarrollo de estrategias activas.

Otras acciones que pueden permitir que los hechos y sentimientos se enfrenten mejor son:

- Favorecer las actividades para mantenerse activo y ayudar a los otros ya que permiten mejorar el estado de ánimo. Sin embargo la hiperactividad es negativa e impide que la persona se ayude a sí misma.
- Confrontar la realidad, asistiendo a los funerales e inspeccionando las pérdidas materiales, cuando la persona se sienta preparada, puede ayudar a la gente a enfrentarse a lo ocurrido.
- Recibir ayuda de otra gente, es positivo, así como poder expresarse sobre lo ocurrido. No inhibir, ni dar consejos como: "trata de olvidar", ya que supone una tarea imposible y transmite una falta de comprensión del otro.
- Algún grado de privacidad, para enfrentar los sentimientos, es importante teniendo en cuenta en todo momento las diferencias culturales.

Nosotros psicólogos, podemos resultar indirectamente afectados, aunque no hayamos vivido una situación de catástrofe, por el hecho de trabajar con gente que ha pasado por esta situación.

Si autoobservamos inestabilidad emocional, llanto, ansiedad, tristeza, desorientación, problemas de concentración, etc., debemos tomar periodos de descanso, y utilizar las técnicas anteriores de manejo de ansiedad.

¿Qué pretende por tanto el Apoyo Psicológico?

- A través de la empatía y del desarrollo de la capacidad de comunicación y escucha activa, potenciar la ventilación emocional de sentimientos, reestructurando, percepciones e ideas con relación a las experiencias sobre la catástrofe, procurando un control cognitivo de la situación.
- A través del conocimiento de las reacciones psicológicas más frecuentes en una situación de catástrofe y del conocimiento y manejo de los síntomas de ansiedad, aprender a controlar situaciones difíciles.



Bibliografía

Apoyo Psicológico en Catástrofes. Isabel Vera.

Cursos sobre Asistencia Sanitaria en Emergencias Nucleares. Dirección General de Protección Civil.

Servicios Preventivos Formación Básica en Socorros. Formación Básica para el Voluntariado de CRE.

Cruz Roja Española.

Informes sobre Intervenciones Psicológicas en Catástrofes.

Grupo de Psicología de Catástrofes de la Dirección General de Protección Civil.

Reconstruir el Tejido Social.

Carlos Martín Beristain

Intervención Psicológica durante la catástrofe.

Javier Jimenez y Santiago Garcia.

