

Asociación Estatal de
Víctimas de Accidentes



GUÍA INTEGRAL PARA LA ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE ACCIDENTES DE TRÁFICO



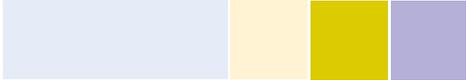


intervención psicológica

índice

- 1** Introducción
- 2** Reacciones psicológicas en personas afectadas por un accidente
 - 2.1 Reacciones psicológicas inmediatas
 - 2.2. Reacciones psicológicas posteriores
- 3** Modelo de intervención psicológica para profesionales
 - 3.1. Recomendaciones generales y pautas de actuación para profesionales en los momentos inmediatamente posteriores a un accidente.
 - 3.2. Recomendaciones generales y formas de intervención para profesionales sobre las reacciones psicológicas que aparecen en las semanas- meses posteriores
 - 3.2.1. Sugerencias para intervenir con el afectado: ¿Cómo puedo afrontar el impacto psicológico de un accidente?
 - 3.2.2. Sugerencias para los familiares ¿Cómo pueden ayudar los familiares y amigos a las personas que han sufrido un accidente?
- 4** Intervención psicológica en accidentes con resultado de muerte: Intervención en Duelo
- 5** Conclusiones

1 introducción



Todos los días a través de los medios de comunicación, prensa, radio, TV, nos enteramos de personas que han sufrido un accidente. La mayoría de estos accidentes son accidentes de tráfico o accidentes laborales, siendo estas situaciones las urgencias que más se atienden desde los servicios de emergencia. En todos los protocolos de actuación de estos servicios, predomina obviamente la urgencia física, pero los aspectos psicológicos apenas se han considerado. Sin embargo, han sido algunos acontecimientos catastróficos los que han puesto en evidencia que la intervención de psicólogos (en su mayor parte voluntarios) de atención, orientación y contención a las víctimas ha sido eficaz y aporta beneficios tanto a corto como a largo plazo.

Es interesante señalar la diferencia entre trauma y traumatismo. En nuestra cultura la palabra trauma se refiere al efecto psíquico, mientras que la palabra traumatismo hace referencia al aspecto físico. Entendemos por trauma psíquico todo suceso o experiencia de especial intensidad que hace que el sujeto se sienta incapaz de tramitar por vía del pensamiento o de la acción. A este fuerte impacto se le añade la falta de anticipación del suceso. Por ello, tras un accidente de tráfico, pueden quedar no sólo secuelas físicas sino secuelas psicológicas.

Esta guía pretende ser un documento en el que además de dar recomendaciones, a las personas afectadas y a los familiares de cómo afrontar el impacto de un accidente, se sugieren pautas de actuación que pueden ser aplicadas por los profesionales que asisten a los afectados tanto en los momentos inmediatamente posteriores al accidente como en los meses siguientes.



2 Reacciones psicológicas en personas afectadas por un accidente

2.1 reacciones psicológicas inmediatas

Cuando se produce un accidente el nivel de funcionamiento normal de la persona se ve alterado. Esta irrupción provoca tal cantidad de tensión que los recursos de afrontamiento habituales se vuelven ineficaces pudiéndose llegar a un estado de crisis cuyos síntomas se describen a continuación:

A nivel cognitivo: La persona que ha sufrido un accidente puede ver desbordadas su capacidad de resolver problemas y sus estrategias de afrontamiento.

A nivel psicológico: En los minutos/horas inmediatos al accidente la persona accidentada puede presentar diferentes reacciones emocionales entre las que destacamos por ser las más frecuentes:

El "choque emocional", caracterizado por la sensación de negación o irrealidad de lo ocurrido y por tanto por la ausencia de reacciones emocionales intensas esperables.

La expresión intensa de emociones ya sea de rabia (gritando, insultando, pegando...), de tristeza (llanto incontrolable) y/o de miedo (ataque de pánico).

A nivel fisiológico pueden producirse reacciones de estrés como cambios en el ritmo cardíaco, en la respiración etc....

Así, las actuaciones en el lugar del accidente han de tener las siguientes características:

Proximidad: La intervención se ha de desarrollar en el lugar más cercano posible al lugar del accidente.



Inmediatez: Interviniendo lo más pronto posible, previniendo la aparición o el agravamiento de algunos síntomas.

Simplicidad: Intervenciones breves y sencillas dada la situación de desbordamiento emocional y shock de los afectados.

Más adelante sugeriremos pautas de actuación concretas que ha de realizar el psicólogo ante estas reacciones en el lugar del accidente

reacciones psicológicas posteriores 2.2

Actualmente existe información abundante sobre los síntomas postraumáticos de las personas que han sufrido traumas emocionales. Estas reacciones psicológicas pueden ser diversas y pueden mantenerse durante muchas semanas después del suceso.

Kardiner (1941) definió por primera vez de forma sistemática el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). En estudios recientes se ha comprobado que las personas que lo padecen siguen reaccionando frente a estímulos pequeños como si constituyeran situaciones de emergencia.

El Manual Diagnóstico y Estadístico para las Enfermedades Mentales DSM IV- (APA, 1994) incluye el TEPT entre los trastornos de ansiedad. Entre los criterios para su diagnóstico encontramos:

- A- La persona ha estado expuesta, de alguna forma, a un acontecimiento traumático y ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos.
- B- El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en formas diversas (recuerdos, sueños, sensaciones, malestar psicológico y respuestas fisiológicas).
- C- La evitación persistente de los estímulos asociados al trauma y el embotamiento



de la reactividad general del individuo.

- D- Síntomas persistentes de aumento de activación (dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hiper vigilancia, respuestas exageradas de sobresalto).
- E- Los síntomas de los criterios B, C y D se prolongan más de un mes.
- F- Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

El TEPT puede ser:

Agudo si los síntomas duran menos de 3 meses.

Crónico si los síntomas duran 3 meses o más.

De inicio demorado si entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas has pasado como mínimo 6 meses.

Sin embargo, las consecuencias psicopatológicas de la exposición a un acontecimiento traumático o accidente no se limitan al TEPT, sino, sobre todo, existe un riesgo incrementado de trastornos de ansiedad y depresivos y otros trastornos psiquiátricos.

En forma de resumen, en la siguiente tabla se muestran los síntomas que pueden aparecer en las personas que han sufrido un accidente:

1 **Síntomas por revivir el suceso:**

Imágenes mentales involuntarias que le llevan a revivir una y otra vez el suceso (flashbacks)

Pesadillas

Reacciones emocionales y físicas extremas al recordar el suceso como:

Temblor incontrolable

Escalofríos

Palpitaciones

Sentimiento de culpa intenso

Dolores de cabeza por tensión



2 Síntomas de evitación emocional:

Evitación de lugares y situaciones relacionados con el suceso
Sensación de anestesia emocional (no sentir nada)

3 Síntomas por aumento de la excitación:

Trastornos del sueño
Irritabilidad
Agresividad
Falta de concentración
Miedo
Situación de fácil sobresalto y alerta constante.

4 Otros síntomas que también pueden aparecer son:

Ataques de pánico
Apatía
Percepción de pérdida de control
Abuso de sustancias
Aislamiento social
Ideas suicidas
Incapacidad para realizar tareas cotidianas.

La mayoría de estos síntomas suelen mejorar 3 meses después del suceso, considerándose como reacciones normales que no necesitan intervención psicológica específica. En el caso de que los síntomas citados persistan o empeoren transcurrido ese tiempo, sí se recomienda intervención psicológica específica. Más adelante sugeriremos formas de afrontar los citados síntomas tanto para la persona accidentada como para la familia o amigos.



3 Modelo de intervención psicológica para profesionales:

3.1 recomendaciones generales y pautas de actuación

para profesionales en los momentos inmediatamente posteriores a un accidente. La intervención psicológica en un accidente tiene como objetivos la observación, detección y evaluación de las necesidades de atención psicológica de los afectados. Los objetivos se refieren tanto a los accidentados como a sus familiares, posibles testigos o acompañantes que puedan verse afectados por presenciar el siniestro.

De esta forma, lo que se pretende con la intervención psicológica es proporcionar asistencia inmediata aligerando el sufrimiento para que la persona pueda enfrentarse a la situación, protegerla de más peligro y prevenir la aparición de trastornos psicológicos, mientras se facilita la reorganización y la adaptación a una nueva situación. La integración de la experiencia (aunque traumática) puede poner en marcha procesos evolutivos de crecimiento e incluso rendimientos psíquicos superiores.

Como ya hemos mencionado anteriormente, la primera ayuda psicológica se debe basar en los criterios de:

Proximidad: La intervención se realizará lo más cerca posible del suceso.

Inmediatez: Cuanto antes se intervenga menores serán las posibilidades de desarrollar psicopatologías futuras, como el TEPT.

Simplicidad: Se utilizarán técnicas sencillas y breves adaptadas a la situación de embotamiento emocional de las personas afectadas.



En cuanto a las actitudes principales que ha de reunir el psicólogo en esta primera intervención psicológica son:

Capacidad de escucha activa

Capacidad de comunicación apropiada

Capacidad de contención emocional de la persona en la situación

Capacidad de dar apoyo psicológico y acompañamiento

Mediante estas actitudes el psicólogo facilitará en la situación del accidente una externalización de los sentimientos, emociones, percepciones e ideas relacionadas con el mismo, procurando que la víctima se sienta apoyada, acompañada y contenida.



Además, la forma de abordar la intervención psicológica va a depender de la persona a la que se atiende y de su situación: atrapada, deambulando con evidentes signos de ansiedad, observador del accidente, afectado pero con inhibición motora... Es imprescindible analizar las características peculiares de cada situación.

Sin embargo, hay ciertas estrategias que se pueden aplicar de forma general. A continuación enumeramos algunas estrategias generales de comunicación aplicables en el momento posterior a un accidente:

Presentarnos: nombre, función o profesión en ese momento. Con esto la persona se siente más confiada y se tranquiliza.

Preguntarle su nombre para utilizarlo en la conversación con la persona

Mostrar cercanía; calidez en el trato, cordialidad, respeto...

Utilizar adecuadamente la comunicación no verbal:

la mirada,

la sonrisa,

el contacto físico (adaptado a la tolerancia de la persona). Sujetar la mano (sin guantes, si no hay riesgo de contagio o heridas) facilita la comunicación y disminuye el miedo en el accidentado.

Postura abierta con las palmas de la mano hacia arriba evitando cruzar brazos y piernas.

Contacto visual

Tono de voz adecuado; calmado, tranquilo sin titubeos ni gritos.

Mantenerse a la misma altura que la víctima. Si está sentado nos sentamos.

La escucha activa es fundamental: Hacer que la persona se sienta escuchada y con libertad para expresar sus emociones sin ser interrumpida. Son necesarias habilidades de relación para generar el entorno de confianza que faciliten la relación.



Evitar juzgar las acciones previas al accidente o que han llevado a ello, así como las reacciones de la persona. No es adecuado utilizar amenaza o chantaje para conseguir por ejemplo que no se mueva o no se quite el casco.

Dar mensajes sencillos, cortos y concretos sin utilizar terminología técnica.

Manejar los silencios adecuadamente, respetando el ritmo de cada persona. Acompañar en silencio puede ser una gran ayuda.

Dar la información necesaria al principio y dejar que la persona pregunte lo que quiere saber.

No mentir. Es mejor decir no lo sé

Dar apoyo emocional. Si la persona se siente entendida y ayudada se puede confrontar desde la acogida y el respeto de sus temores y necesidades. Transmitirle a una accidentado que queremos entender como se siente, puede ser el primer paso para ayudarlo, puede hacerse con un simple gesto o unas pocas palabras.

Favorecer la expresión emocional. Permitir que llore. Se han de validar las emociones de la persona afectada, por lo que no le quitaremos importancia ni al problema ni a las reacciones con frases como "tampoco es para tanto" "hay otros que están peor que tu".

Trasmitir empatía, comprendiendo lo que esa persona está viviendo pero evitando frases como "entiendo perfectamente lo que estas sintiendo".

Mostrar interés mediante preguntas abiertas pero sin desviar el tema del accidente si la persona quiere hablar de ello.

Trasmitir seguridad y control de la situación. Manifestar nuestra profesionalidad y buen conocimiento de lo que estamos haciendo, pero evitando una actitud paternalista.

Cuidar el sentido del humor ya que puede ser adecuado pero puede malinterpretarse.



Cuidar las auto revelaciones. El profesional contará situaciones parecidas que ha vivido sólo si la persona afectada nos lo pide expresamente y la situación se resolvió con éxito.

La intervención psicológica precoz es imprescindible, ya que la manera en que una persona se enfrente a una accidente en su vida es determinante para su futuro y para un desenlace lo menos traumático posible e incluso para la curación de heridas y traumas físicos.

Además de las estrategias de comunicación ya citadas, en cuanto a **estrategias concretas de actuación en los momentos inmediatamente posteriores a un accidente** sugerimos las siguientes:

Son prioritarios los primeros auxilios físicos por lo que si disponemos de los conocimientos adecuados ayudaremos en ello.

Le explicaremos qué se le está haciendo y por qué. Por ejemplo: no podemos moverte hasta que no quitemos lo que te aprisiona o no vamos a quitarte el casco hasta que no lleguemos al hospital.

Velar por la intimidad de la persona y controlar a los curiosos.

Explicarle que va a hacerse con sus pertenencias. Dar información sobre si se ha llamado a un familiar y ofrecerse para llamar si lo necesita

No dejarle solo aunque se alarguen los trabajos para rescatarle.

Valorar la información que se da sobre acompañantes u otros implicados. Es importante dar información si la sabemos de cómo se encuentran los otros afectados, de dónde están y de cómo y cuándo podrá contactar con ellos.

Dar instrucciones muy sencillas. A mayor descontrol de la persona, mayor firmeza y sencillez en las instrucciones. Dar información y facilitar los trámites administrativos y acompañarlo a hablar con la Guardia Civil, la Policía Local etc....



Reforzar lo que está haciendo bien.

Mantener contacto verbal si el físico o visual no es posible.

3.2 recomendaciones generales y formas de intervención para profesionales sobre las reacciones psicológicas que aparecen en las semanas-meses posteriores



Los síntomas propios de un TEPT descritos anteriormente, se tratan mediante una variedad de modalidades de psicoterapia y tratamiento farmacológico. No hay aun un tratamiento definitivo y algunos pacientes solo logran una mejoría parcial. Las psicoterapias más utilizadas para este tipo de trastornos son:

- Psicoterapia dinámica
- Psicoterapia cognitiva
- Terapia grupal
- Terapia de exposición.

Los objetivos del tratamiento en términos generales van a ser ayudar a la persona a transitar por un proceso en el que tendrá que integrar un hecho traumático que por su intensidad y carácter sorpresivo rompió el sistema de funcionamiento mental, cognitivo y emocional habitual. Y todo ello hará disminuir el riesgo de agravamiento de la sintomatología presente así como el desarrollo de conductas tales como consumo de alcohol y otras sustancias, conductas violentas e incluso el suicidio.

Los estudios también revelan que la medicación ayuda con los síntomas de la ansiedad, de la depresión y facilita el sueño. La medicación más habitualmente usada en el TEPT son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, (I.R.S.S.) que son una moderna familia de psicofármacos, tales como la sertralina; la fluoxetina; la paroxetina.

También se han utilizado otros antidepresivos llamados tricíclicos y los inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO). Para los trastornos del sueño, se utilizan los sedantes e hipnóticos y en casos de alto nivel de agresividad, se han utilizado los antipsicóticos atípicos.



La elección de la medicación, debe realizarse en forma individual para cada paciente, tras realizar una profunda y detallada evaluación del cuadro clínico y según sus antecedentes personales; factores de vulnerabilidad; presencia o no de otras patologías psicológicas (comorbilidad) y/o enfermedades clínicas concomitantes, debiendo considerarse también posibles intolerancias e interacciones medicamentosas.

Con respecto al tratamiento psicológico, existen muchas técnicas, procedimientos y abordajes psicoterapéuticos y, al igual que ocurre con los psicofármacos, no existe un único procedimiento que brinde un resultado exitoso para todos los pacientes.

Como tratamientos de elección se utilizan las Terapias Cognitiva-Conductuales; la Terapia Psicodinámica; la Terapia Grupal, Familiar y los Grupos de Auto Ayuda; la Logoterapia y muy especialmente los procedimientos o Terapias de Exposición o de Afrontamiento que tienden al reprocesamiento del evento traumático y posibilitan la simbolización del evento traumático procurando que la emoción que irrumpió de forma abrupta sea asimilada por el sujeto y forme parte de su funcionamiento adaptado.

No obstante, la mayoría de autores coinciden en la conveniencia de la utilización de métodos combinados, farmacológicos, psicoterapéuticos y de exposición, decidiendo según la situación clínica del paciente qué método resultará más conveniente. La elección del tipo de abordaje debe realizarse según la estructura de personalidad y en forma coherente con la historia personal de cada paciente.



3.2.1 cómo afrontar el impacto psicológico de un accidente

En la entrevista con una persona afectada por un accidente o suceso traumático, es importante darle unas recomendaciones generales. En primer lugar exploraremos los antecedentes psicopatológicos de la persona afectada, los síntomas que presenta en la actualidad y valoraremos el tiempo que ha transcurrido desde el accidente. Si se considera que la sintomatología persiste o empeora durante 3 meses y/o hay antecedentes psicopatológicos como factores de riesgo, es conveniente remitir a un profesional psicólogo.

Las recomendaciones que se le pueden hacer a la persona accidentada son:

- 1 Entienda que los síntomas que tiene son normales después de haber vivido un accidente.
- 2 Entienda sus síntomas como parte de un proceso que necesita tiempo. Por ello, no tenga prisa en encontrarse mejor.
- 3 Mantenga, en la medida de lo posible, las rutinas de siempre.
- 4 No escape de las situaciones, personas y lugares que le recuerden al accidente.
- 5 Busque a una persona de confianza con quien hablar de su experiencia y sentimientos.
- 6 Busque maneras de relajarse que se adapten a su forma de vida.
- 7 Busque asesoramiento profesional: legal, médico y psicológico.
- 8 Si los síntomas persisten o empeoran tres meses después del suceso, solicite ayuda psicológica especializada.



3.2.2. cómo pueden ayudar los familiares y amigos a la persona que ha sufrido un accidente

Los familiares y amigos de la persona que ha sufrido un acontecimiento traumático o accidente, pueden ayudar de muchas formas, por ello es importante sugerirles también pautas de actuación como estas:

- 1 Ofrézcale compañía pero respétele si no la quiere.
- 2 Ayúdele a entender que es normal sentirse mal después de lo que le ha ocurrido.
- 3 Permítale que cuente las veces que necesite lo que ocurrió. Si quiere hablar sobre ello no le cambie de conversación.
- 4 Permítale que exprese cómo se siente y lo que piensa sin hacer juicios de valor ni culpar.
- 5 Si hay reacciones de llanto permita que sucedan.
- 6 Muéstrelle su confianza en sus propios recursos para superar lo ocurrido.
- 7 Regrese a sus rutinas diarias y ayúdele a regresar a las suyas.
- 8 Anímele a buscar asesoramiento legal, médico y psicológico.
- 9 Si observa que los síntomas no mejoran o empeoran después de tres meses del suceso anímele a buscar ayuda psicológica especializada.

4 intervención psicológica en accidentes con resultado de muerte: intervención en el duelo



El duelo es la reacción psicológica ante la pérdida, es el dolor emocional que se produce tras haber perdido a alguien significativo en nuestras vidas.

El duelo se entiende como un proceso normal, con una limitación temporal, cuya evolución, habitualmente avanza hacia la superación. Sin embargo, para una minoría el proceso se puede complicar y suponer incluso trastornos psíquicos.

El duelo normal pasaría por las siguientes etapas:

- A Shock.** Negación tras el choque emocional: Se ilustra con expresiones tales como, "No puede ser verdad" "No es posible", e incluso con crisis de pérdida de conciencia (desmayos). Posteriormente puede aparecer embotamiento emocional y desconcierto y puede durar horas o días.
- B Rabia / Evitación.** La rabia es el segundo afecto que más puede destacar después de la toma de conciencia. Desde la rebeldía por lo ocurrido no se puede elaborar la pérdida. La rabia sirve para no desmayarse y no deprimirse, pero no permite la elaboración.
- C Entrega al dolor.** Los sentimientos que predominan son la tristeza por la pérdida, la nostalgia y la sensación de vacío intenso. La tristeza y la pena por la pérdida es una etapa posterior a la rabia y a partir de ahí sí se puede elaborar el duelo.
- D Elaboración.** Tras un periodo de tiempo determinado el hecho traumático se integra en la historia personal como un acontecimiento importantísimo pero situado en el pasado sin que reste energía para reestablecer los vínculos sociales personales. Es la etapa de la reorganización y la recuperación. Se empieza a mirar al futuro y a reconstruir el mundo con un nuevo significado.



Estas etapas no podemos entenderlas como periodos fijos con un tiempo concreto, ordenado, ya que más bien se trata de fases que se solapan, coexisten y se mezclan en todo el proceso.

Es muy difícil determinar cuando se ha resuelto el duelo, aunque se considera como momento clave cuando la persona se encuentra en la cuarta fase y es capaz de mirar hacia el pasado y recordar con pena serena pero sin dolor al fallecido. El periodo habitual en el que se llega a este momento suele ser de unos 2 años.

Las personas toleran mal la pérdida de un ser querido pero lo toleran peor si es por una acción humana no deliberada (error o fallo humano) y peor aún cuando se trata de una acción humana deliberada. Aquí, la rabia puede dificultar más que en otros casos anteriores el tránsito a una aceptación de los hechos.

Los duelos se vuelven patológicos (llegando a verdaderos cuadros melancólicos) cuando duran más allá de lo razonable y cuando la persona no puede identificar más claramente la razón de su pesar.

Si se detectara la persistencia de los síntomas propios de las fases descritas A y B, sería aconsejable la consulta a un profesional de la psicología para evaluar la necesidad o no de iniciar un tratamiento.

Todas estas orientaciones tienen la misma validez cuando tratamos a personas que han sido los responsables del siniestro.

5 conclusiones



En conclusión, la atención psicológica en un accidente es importante y necesaria. El abordaje del ser humano de forma integral, atendiendo a todas las áreas es imprescindible sobre todo cuando atendemos a personas afectadas por un suceso traumático que ha supuesto una ruptura en su vida pasada y que va a condicionar su futuro.

Por ello, si como profesionales, atendemos los aspectos emocionales y psíquicos de la persona afectada por un accidente y de su entorno, sin improvisar y con una formación adecuada, no sólo conseguiremos aliviar su sufrimiento, sino incluso, abaratar los costes sanitarios.

Estas pautas son también de aplicación sobre las personas causantes de un accidente y con ellas podemos aliviar su angustia.



C/ Arzobispo Domenech, 42
03804 Alcoi - Alicante

