



ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO CON ADULTOS

Un **accidente de tráfico**, sean cuales sean sus consecuencias, supone como mínimo una amenaza para la integridad física, por lo que, cumpliendo las características de un acontecimiento traumático, siempre va a producir un impacto psicológico inicial independientemente de que se produzcan lesiones físicas. No deben confundirse estas reacciones psicológicas normales, como respuesta a una situación anormal, con síntomas de patología postraumática. A pesar de su normalidad resultan muy extrañas produciendo malestar intenso y una gran preocupación, tanto a uno mismo como en los que nos rodean, teniendo a menudo la percepción de estar padeciendo un trastorno psicológico grave. Es preciso un asesoramiento profesional que esclarezca y proponga mecanismos para resolverlas eficazmente.

Antes de recurrir a la automedicación, es fundamental consultar a un especialista, ya que es frecuente el mal uso de fármacos en estas etapas, así como su mantenimiento posterior (p.ej: ante numerosas reacciones posttraumáticas, cierto tipo de ansiolíticos –benzodiazepinas: diazepam, trunkimazin...-, están contraindicados).

Las **reacciones psicológicas agudas** se experimentan durante o inmediatamente después del accidente y tienden a resolverse progresivamente en los seis primeros meses. Si no desaparecen debe consultarlo, lo antes posible, con un especialista en este tipo de trastornos. A continuación os indicamos las reacciones agudas más frecuentes y esperables:

- Sensación subjetiva de embotamiento, desapego o dificultad de reaccionar emotivamente, incluso con nuestros seres queridos (p.ej: sentir que les quiero menos y/o que no reacciono ante sus muestras de afecto).
- Reducción del conocimiento del entorno: estar aturdido, confundido, desorientado, no sentirse adaptado en ninguna parte.
- Desrealización: sentir y percibir la realidad conocida como si de repente fuera diferente, sonidos distintos, todo más lento, como si viera las cosas a través de un filtro.
- Despersonalización: sentir y percibir el propio cuerpo y la propia identidad como si no los reconociera.

Tanto la desrealización, como la despersonalización son fenómenos que pueden asustarnos y parecer que *“nos estamos volviendo locos”* y que van más allá de un simple aturdimiento. Pueden durar segundos, minutos o como mucho algún día. Si son más duraderos, habrá que consultar a un especialista.

- Amnesia disociativa: incapacidad para recordar algunos momentos o aspectos del suceso
- Reexperimentación: imágenes, pensamientos, que nos asaltan, que no podemos evitar y que pueden aparecer en cualquier momento. Van acompañados de una emoción muy intensa, *“como si estuviera viviéndolo de nuevo”*. Pueden aparecer sin detonante aparente o bien ante la exposición de objetos o situaciones que recuerdan lo que ha sucedido.
- Evitación de estímulos que recuerdan el suceso (pensamientos, conversaciones, actividades, lugares, personas..)
- Síntomas acusados de ansiedad : dificultades para iniciar o mantener el sueño (sensación de no haber descansado), irritabilidad, cambios de humor, pérdida de concentración y memoria, hipervigilancia y reacciones exageradas de sobresalto. Aumento o pérdida de apetito (sobre todo de ciertos alimentos). Cefaleas. Dolores tensionales.

Volemos a recordar que son **REACCIONES NORMALES**, y que tienden a desaparecer progresivamente. Para ayudar a su evolución positiva, es importante NO EVITAR. Hablemos de ello. Continuemos las imágenes que de repente nos vienen a la mente, sigamos pensando en ello aunque nos cause dolor. Intentemos llegar a conclusiones que nos ayuden. Es inútil preguntarse continuamente por lo que nunca llegaré a saber. Olvidar no es posible. Debemos llegar a poder recordar sin tanto dolor. No evitar hacer cosas, activarse de nuevo, recuperar aquellas aficiones que en algún momento me gustaron. Volver al trabajo con el que me identifico me ayuda a sentir mi normalidad, quién soy. Relacionarse con personas que hayan vivido lo mismo. Expresar no quiere decir hablar sólo. Puedo expresar escribiendo, pintando. Es importante entender que no podemos resolverlo todo a la vez. Planificar acciones. Una cosa a un tiempo. Establecer prioridades. Buscar ayuda si es necesario.

En algunos casos, y tras un periodo de aparente normalidad psicológica (la negación propia de la primera fase del duelo, la que coincide con la recuperación física o, la propia de familiares que *“tienen que estar más fuertes que nunca”*...), pueden aparecer **trastornos postraumáticos de inicio tardío**. En este caso, ya se consideran patológicos y no reacciones normales. La intensidad, gravedad, duración y/o proximidad con el accidente y sus consecuencias son elementos importantes en relación a presentar un trastorno postraumático posterior. Los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden asimismo influir en la aparición de dichos trastornos. Si las reacciones iniciales no desaparecen y no se proporciona el tratamiento adecuado, estos trastornos tienden a degenerar y a cronificarse, ya que el paso del tiempo en sí mismo, no los resuelve.

En caso de **hospitalización**, las secuelas psicológicas pueden aparecer tras un cierto grado de recuperación física. Los periodos de ingreso hospitalario constituyen una discontinuidad forzosa en nuestra vida tanto personal como social y laboral, por lo que es conveniente en algún momento, empezar a pensar en cómo nos adaptaremos a la nueva situación, atendiendo a la presencia de secuelas físicas y a su repercusión futura. Adaptarnos a la realidad buscando alternativas, y no bloqueándonos en la no aceptación de los cambios, constituye un signo de un estado psicológico saludable,

Es conveniente disponer de una ayuda psicosocial para poder llevar a cabo, eficazmente y lo antes posible la readaptación.

Si en el acontecimiento ha **fallecido un ser querido**, debemos ser conscientes de que, posiblemente no estamos psicológicamente capacitados para tomar ciertas decisiones. Lo más adecuado es recurrir a profesionales que nos puedan asesorar y ayudar en los trámites inmediatos y futuros. Las primeras reacciones pueden ser de negación de lo sucedido, de embotamiento, confusión y de una cierta anestesia emocional. El llanto, la hiperactividad, el aislamiento y las expresiones de rabia e impotencia, son comportamientos legítimos y no síntomas de trastorno psicológico.

También es normal atravesar una fase de aparente normalidad, como si *“no hubiera pasado nada”*. Puede alternarse con momentos de gran abatimiento y reacciones agudas de dolor como las indicadas anteriormente.

La **elaboración del duelo** no es un proceso lineal de mejora continua. Puede pareceros que, emocionalmente retrocedemos en algún momento. Es necesario hablar de lo sucedido, así como de la persona que hemos perdido. Evitar conversaciones o situaciones no contribuye más que a dificultar nuestra recuperación.

Elaborar el duelo no significa olvidar. Significa haber aprendido a vivir y a seguir queriéndole desde su ausencia física.

Hay profesionales especializados y personas con la misma experiencia, que pueden ayudarnos a conseguirlo. Nos entienden y saben cómo nos sentimos. Es muy importante que consideremos su ayuda. No tenemos por qué pasar solos por un proceso tan difícil y doloroso. Si el duelo no se resuelve eficazmente, lleva frecuentemente a trastornos depresivos que precisan, incluso tratamiento psiquiátrico prolongado. Podemos prevenir esos trastornos.

La **actividad y la no evitación**, intentando normalizar en la medida de lo posible la forma de nuestra vida, cuanto antes, es la clave para el afrontamiento. No sólo uno mismo, sino los que nos rodean, se beneficiará de ello. La actividad es uno de los mejores recursos.



ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO CON ADOLESCENTES

Los adolescentes ya de por sí se encuentran en una etapa complicada de su evolución. El añadir un impacto emocional como puede ser: sufrir ellos un accidente de tráfico, ser los causantes, o que familiares o amigos queden heridos o fallezcan no hace sino romper el equilibrio, que ya de por sí en esa etapa está en constantes cambios.

Tras un hecho traumático, las reacciones entre la población son distintas según edades. Al igual que con los niños, debería procederse del mismo modo, explicando reacciones, observando, dejando que expresen, y no mintiendo. Ayudarles a poner nombre a aquello que están sintiendo. Sin embargo, las manifestaciones más visibles aquí pueden variar: ira, irritabilidad, comportamiento asocial, hermetismo, bajo rendimiento académico. Cabe señalar también que quizás pueda albergar sentimientos de culpa relacionados con el síndrome del superviviente (“tenía que haber muerto yo”) o bien manifestaciones que le hagan sentir que el hermano que falleció se convierte en alguien magnificado y se siente relegado del núcleo familiar, intentando estar siempre a la altura de las circunstancias o bien intentando suplir a quien ya no está (“hubierais preferido que muriera yo”). Pero los rasgos del adolescente que son propios, no deberían confundirse con aquellos que ya eran “normales” antes del accidente con sintomatología inexistente. No debemos olvidar que uno de los rasgos mas característicos en esta edad es la “*omnipotencia*”, el “*a mi no me va a pasar...*”

Cuando por desgracia, ven que “*sí que ocurre*”, se tienen que enfrentar a un sinfín de pensamientos, abandono de creencias, toma de conciencia ante la evidencia de su vulnerabilidad, y una futura superación de la **presión de grupo** ya habitual; así, si antes era capaz de subir a un coche con el conductor bajo lo efectos del alcohol, ahora se resistirá más, pero el grupo “*manda, insiste*”. Es un buen momento para potenciar y enseñar a resistir esa presión de grupo. La **actividad académica** puede verse alterada. Habrá que partir del expediente habitual del alumno, si era brillante, mediocre o malo. En los dos primeros casos, cualquier cambio significativo tendrá que darnos pistas acerca del estado de ánimo y proceso del trauma, ya que no siempre será fácil saber que está ocurriendo.

Así como en la población infantil los padres pueden llevar al niño a **un profesional**, aunque el/la adolescente sea menor, es conveniente que exista demanda de ayuda por su parte. Si se la ofrecemos, es posible que la rechace pero podemos explicarles que hay personas que van a entender lo que le ocurre o que le pueden ayudar a prevenir futuros problemas.

Tras un hecho traumático, los adultos pueden reaccionar con **conductas adictivas** (alcohol, drogas...). Por tanto en la edad preadolescente y adolescentes habrá que tener especial cuidado con prevenir el inicio o incremento –si las había-de posibles conductas adictivas. Si se observan, es conveniente consultar a profesionales.

Es la etapa de sus **primeros encuentros con el sexo contrario**, de los primeros éxitos y fracasos sentimentales, la imagen de su propio cuerpo cobra extraordinaria importancia en esta edad. Por tanto, especial cuidado se habrá de tener si el adolescente resultó herido, ya que en ocasiones, y junto a diversos aspectos añadidos, pueden ser factores precipitantes de trastornos de conducta alimentarias (anorexia, bulimia, dismorfofobia), de la misma forma que un duelo no cerrado será también uno de los factores precipitantes.

Por último, otro campo de observación será el de su **grupo de referencia**: *continúa saliendo o por el contrario se aísla en casa?* Dice que no sale por que tiene que estudiar o bien esta evitando... En cualquier caso, la mejor prevención será atender a sus demandas, explicarle y ayudarle a solicitar ayuda, que en ocasiones “ el tiempo solo no lo cura todo “ y hay que acudir a un profesional, así como intentar detectar- sin confundir con lo propio de la etapa evolutiva- cualquier comportamiento que nos llame la atención.



ASESORAMIENTO PSICOLÓGICO

CON NIÑOS

1. Responder a sus sentimientos, animarle a hablar de sus miedos, sentirle cercano para expresarle nuestros propios sentimientos
2. Las respuestas a sus miedos deben ser directas, simples. El niño puede aceptar explicaciones cuando confía en el adulto
3. Jugar mucho con él. Los niños comunican sus más profundos sentimientos mediante el juego y las acciones
4. Durante las primeras semanas después de la muerte, la persona que le cuida debe tomarse tiempo para sentarse y jugar con él evitando guiar su juego. No le debemos criticar nunca por la forma en la que expresa sus sentimientos
5. Dejarle participar del dolor familiar, la rabia, pero evitando que vea el hundimiento de aquellos en quienes se apoya
6. Ayudarle a comprender que la muerte, en sí misma, no hace daño; que su tristeza se debe a la ausencia de la persona amada
7. Alrededor de los siete años de edad, les podemos permitir asistir a los funerales, sin obligarles. Estos les confirmará que la muerte es un hecho real. Es conveniente explicarles con antelación en qué consiste el funeral y que puedan abandonar el lugar cuando quieran, si así lo desean
8. Comprender y aceptar los comportamientos que nos pueden parecer *“fuera de lugar”*. Reírse de cosas que no son divertidas puede ser una forma de asumir los sentimientos que le invaden
9. Permitirle participar o acompañarnos en los eventos conmemorativos
10. No temamos sus lágrimas: para un niño es natural llorar
11. Hablarle de la muerte cuando él quiere hacerlo. Darle respuestas honestas y adecuadas a sus preguntas. No explicarle cosas que no ha preguntado
12. Evitar decirle cosas como *“papá se ha ido por un largo tiempo”*: podría interpretarlo como un abandono
13. Puede no comprender argumentos como *“mamá está en el cielo”*, ya que él sabe que está en el cementerio. Hablarle del alma si él lo desea
14. *“Es la voluntad de Dios”*, puede dar lugar a un sentimiento de rabia contra Dios. Decirle, en todo caso, que una persona irresponsable es la que ha causado la muerte
15. Decirle simplemente que *“el abuelo ha muerto porque estaba enfermo”* es una explicación insuficiente. Puede pensar que todas las enfermedades causan la muerte
16. Evitar decirle *“morir es como dormir”*: podría tener miedo de morir mientras duerme
17. No aislarle de la realidad que sucede a su alrededor enviándole a vivir con otras personas durante el periodo más doloroso y los días siguientes. Debe vivir la experiencia del duelo y debemos ayudarle a salir de él juntos

Así, acto seguido, os informaremos de cuáles son las **reacciones físicas, emocionales y psicológicas** que se consideran **normales**, tanto en niños/as, cómo

en adultos, después de haber visto, escuchado o oído la explicación de los hechos sucedidos, dolorosos y traumáticos.

Cualquier experiencia traumática supone un desequilibrio repentino del día a día. Durante unas horas, días o semanas, habrá una serie de reacciones que habrán de ser consideradas normales y pasajeras, como las presentadas a continuación, entre otras:

- Angustia
- Mareo
- Frío-calor
- Hiperactividad
- Insomnio y trastornos del sueño (pesadillas, miedo a ir a dormir, algunos niños volverse a hacer pipí en la cama, despertares a media noche, sensación de no haber descansado del todo y haber dormido 8 horas...)
- Inapetencia, pérdida de apetito o comer en exceso, sobre todo dulces...
- Hormigueo
- Dolores de cabeza y tensionales (espalda, cervicales)
- Nudo en el estómago y la garganta
- Pequeñas pérdidas de memoria
- Pérdida de concentración
- Desorientación durante el día.
- Cambios de humor
- Emociones variables y/o incontroladas (llantos, confusión, embotamiento, irritabilidad...)
- Pérdida del sentido del humor y de interés por las cosas agradables
- Dificultad al recibir o demostrar afecto
- Reacciones exageradas. Sobresaltos
- *Flashbacks*: aparición repentina de imágenes, como fotografías mentales de los hechos, que hacen revivir la situación como si volviera a pasar de verdad
- Percepción continua de peligro
- Sentimientos de culpa
- Plantearse constantemente *¿por qué?*
- Miedo a quedarse sol/a
- Tendencia a evitar situaciones y/o lugares relacionados con los hechos
- Tendencia a evitar hablar y pensar en lo que ha pasado

Hace falta recordar pues, que todas estas reacciones, están dentro de la NORMALIDAD y que es esperable que sean pasajeras, si las afrontamos y entendemos en lugar de evitarlas. En los adultos podrán llegar a mantenerse en alguna medida hasta tres meses aproximadamente, mientras que los niños son altamente adaptativos. Cuanto más pequeños son, mejor “digieren” lo que ha pasado. La gran mayoría de personas, superan esta sintomatología sin padecer secuelas psicológicas que precisen tratamiento. En cualquier caso, si se detecta que estos síntomas perduran más allá de tres meses, o que dificultan demasiados aspectos fundamentales de nuestra vida cotidiana, hará falta consultar a un especialista. Justo es decir que la automedicación no se tiene que considerar una opción nunca; siempre hará falta consultar el médico.

No todo el mundo tiene que sentir todos estos síntomas, ni en la misma intensidad; en los niños en general, las reacciones más frecuentes son las emociones y comportamientos asociados al miedo y los trastornos del sueño. Algunos podrán llegar a comportarse cuanto más pequeños, con manifestaciones más infantiles o de hacer “pataletas” para llamar la atención. Su silencio, en principio no tendría que ser

una conducta de evitar hablar del accidente. Pero será importante observar su comportamiento, (si expresa tristeza, está más quieto de lo normal...o se mueve más que antes de los hechos...). Será bueno saber “leer” sus expresiones. Sobre todo, aquellas que son muy diferentes de las habituales en él.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

A continuación, os plantearemos una relación de posibles situaciones en las que os podáis encontrar en los próximos días, y algunas pautas y recomendaciones a seguir, siempre dentro del estilo educativo de cada casa y familia de los niños/as

¿Por qué lo ha hecho, por qué conducía mal?

Algunas veces, las personas tenemos reacciones inesperadas, quizás no pensamos en las consecuencias de aquello que hacemos, o simplemente pensamos que es la mejor manera de actuar y nos equivocamos. Tenemos que pensar sobre “lo que ha pasado”, aunque no lo entendamos nunca. Cuando actuamos por impulso, no pensamos en que nos haremos mal, simplemente lo hacemos y punto. Tampoco pensamos que los otros padecerán.

¿Que le pasará?

Es importante que vayamos informando de la evolución. Si el accidentado está hospitalizado, cuando nos pregunte, informaremos cosas reales. Si no lo sabemos, no lo sabemos, y cuando nos enteremos, se lo haremos saber.

¿Por qué lloras? (si nos ven llorar a los grandes)

Porque estoy triste por lo que ha pasado... (es bueno que nos vean llorar y expresar nuestros sentimientos sin dramatizar, verán que somos “normales” y también los ayudará a normalizar los suyos propios), pero a la vez, empiezo a hacer “vida normal”, cuando acabo de llorar. También es bueno que vean que los adultos tienen diferentes formas de expresar pena o dolor... explicando a la vez, con naturalidad, aquello que sienten.

¿Qué hacer si...

Dice que tiene miedo y no quiere ir a dormir?

Durante unos días, seguramente estaréis más próximos de lo habitual con vuestros hijos, incluso porque así lo necesitéis, y eso ayudará a que vuelvan a tener confianza y seguridad. Aún así, las situaciones se deberán ir normalizando, recuperando el «terreno perdido», por lo tanto, aquello que ya os sirvió cuándo eran más pequeños para conseguir que durmieran solos, sin dejar que vinieran a nuestra cama o nosotros a la suya, son los recursos que será bueno recuperar. Para aquellos que lo hayáis olvidado, os hacemos un pequeño recordatorio:

- Acompañarlos a dormir, con la luz encendida,
- Hablad de los hechos divertidos del día, explicad cuentos e irros antes de que se duerman, apagando la luz.
- Si nos reclaman, ir a ver pero sin entrar a la habitación, para que no se sientan desatendidos, y cada vez tardar un poco más al volver, si es que nos vuelven a gritar.
- Cualquier cambio en aquello que era habitual, como por ejemplo dejar una luz encendida, no ayudará, puesto que le estaríamos acostumbrando a dormir con este nuevo elemento.

- Recordar al niño/a que siempre había dormido sin ninguna ayuda exterior (luz, puerta abierta...) y que es capaz de dormir como siempre lo ha hecho. Les tenemos que transmitir que “sabemos que es capaz”.
- Cuando tengan pesadillas... La temática del sueño puede ser del accidente o de cualquier cosa que le dé miedo. Debemos invitarlos a que lo expliquen, que se imaginen como acabará la historia -porque ya saben todo lo que ha ido pasando desde el accidente. Los sueños se pueden acabar despiertos. En la mayoría de niños estos sueños irán huyendo y tienen su función dentro del Sistema Nervioso. Aún así, si se detecta que perduran en el tiempo, o que el contenido es muy intenso, sería bueno consultar un especialista.
- Pide más atención? Ahora la necesita, pero el dar más afecto, no quiere decir permitir que “se aproveche” de la situación. Tendrá que recibir nuestro afecto pero las normas habituales de casa, se deberán ir normalizando. No tenemos que tener miedo de regañarlo cuando siempre lo hemos hecho, ni tenemos que sobreprotegerlo en exceso. Pensad que vuestra angustia y miedo, la podéis transmitir sin daros cuenta.

STOP ACCIDENTES 2007