DEBRIEFING:

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Joana Pérez Tejada

MASTER EN COOPERACIÓN INTERNACIONAL

Y AYUDA HUMANITARIA

2013

1. DESASTRES

Cuando un evento adverso o destructivo, de origen natural o provocado por el hombre, genera una intensa alteración en las personas, bienes, servicios y ambiente se denomina riesgo. Este evento puede llegar a exceder la capacidad de respuesta de la comunidad afectada, cuando esto ocurre podemos hablar de desastre. En el caso que no supere la capacidad de respuesta, se denomina emergencia. Así, en 1989, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el desastre como una situación en la cual existen amenazas imprevistas, serias e inmediatas a la salud pública. Es decir, cuando hablamos de desastre nos referimos al daño o alteración grave de las condiciones de vida en un área geográfica concreta, pudiendo ser causado por fenómenos naturales y por efectos dramáticos de la acción del hombre de forma accidental, requiriendo por esto de una atención especial por parte de diversos organismos, tanto del estado como de otras entidades de carácter humanitario o social. Así, algunos fenómenos naturales, como la lluvia o el viento, se convertirían en desastre natural cuando superan un límite de normalidad medido a través de una serie de escalas específicas para cada fenómeno.

En lo que respecta a la Salud Mental, la percepción de amenaza de la integridad del individuo tras un desastre o una emergencia pueden causar en los individuos un disturbio interno, pudiendo producir daños en los componentes bio-psico-sociales de la persona. Como consecuencia de esto, el repertorio de mecanismos de afrontamiento que presenta el individuo se puede volver ineficaz o insuficiente para poder superar la situación amenazante, pudiendo resultar en graves consecuencias en la salud del propio individuo.

Existen diferentes tipos de desastres o emergencias, que se pueden clasificar en dos categorías: los desastres o emergencias antrópicas y los desastres o emergencias naturales. Así, los desastres antrópicos son aquellos actividades provocadas por el hombre que llegan a alterar la normalidad del medio ambiente. Entre éstos están: la contaminación del medio ambiente, la explotación errónea e irracional de los recursos naturales renovables y no renovables, la construcción de viviendas y edificaciones en zonas de alto riesgo, entre otros. Los desastres naturales son aquellos derivados de la manifestación de amenazas generadas por fenómenos naturales. Dentro de los desastres o emergencias naturales están la avalancha, el calor, el corrimiento de lodo, el corrimiento de tierra, la enfermedad, la erupción límnica, la erupción volcánica, el frío, el granizo, la hambruna, el hundimiento de tierra, el huracán, el impacto astronómico, el incendio, la inundación, la manga de agua, la

sequía, el terremoto, la tormenta, la ventisca, la tormenta eléctrica, la tormenta solar, el tornado, el tsunami, el megatsunami y la ola brava.

Para establecer si la capacidad de respuesta de una comunidad ha sido excedida o no a causa del desastre o emergencia, se puede realizar una evaluación del daño y de las necesidades y así poder conocer si estamos frente a una emergencia o un desastre. Así, los eventos adversos se clasifican según 4 categorías:

- nivel 1: situación que se atiende con los recursos locales.
- nivel 2: situación que se atiende con los recursos locales adicionales orientados para situaciones de emergencia, sin llegar a exceder la capacidad de respuesta de la comunidad. Para hacer frente generalmente se realiza una coordinación a nivel comunitario.
- nivel 3: situación que excede la capacidad de respuesta de la comunidad. Es necesario establecer una coordinación a nivel regional o provincial.
- nivel 4: situación que excede la capacidad provincial o regional, necesitando el apoyo de recursos orientados y coordinados a nivel nacional.

En general, los eventos destructivos de los niveles 1 y 2 se asocian a situaciones de emergencia, el nivel 3 a situaciones de emergencia mayor y el nivel 4 corresponde a situaciones de desastre. También hay que tener en cuenta que cuando la situación de desastre es de gran envergadura la denominamos catástrofe. Las catástrofes son, por tanto, situaciones de desastres que generan un alto impacto a nivel nacional y para ser superadas precisan del apoyo internacional.

Por todo esto, hay que ser consciente de la importancia de los desastres y las catástrofes ya que estas situaciones, además de causar efectos devastadores en el momento de aparición, perturban el desarrollo humano y económico de la zona, generando la aparición de pobreza, la destrucción de la infraestructura, la disminución de la producción agrícola, la afectación de la seguridad alimentaria, de la salud y de la educación, y el estancamiento de los avances tecnológicos y sociales.

Durante muchos años ha surgido el interrogante de cómo calificar a las personas que han sufrido daño durante un desastre. Así, se definiría victima como la persona que queda atrapada por la situación, petrificada en esa posición, pasando a satisfacer las necesidades específicas de la sociedad, es decir, pasa de ser un sujeto a ser objeto de lo social, perdiendo de esta forma su subjetividad (Benyakar et al., 1994). La definición de damnificados se

refiere a las personas y las familias afectadas por un desastre o por las consecuencias de éste. Se supone que, antes de la catástrofe, la mayoría de los afectados funcionaban adecuadamente. Sin embargo, su capacidad de resolución de problemas se ve mermada por la amenaza que la situación conlleva. Hay que tener presente que, a pesar de la existencia de síntomas de estrés físico o psicológico, no podemos considerar a los damnificados como enfermos o pacientes. Dentro del grupo de damnificados, existirá un subgrupo particularmente susceptible, que puede llegar a desarrollar reacciones físicas y psicológicas. Los factores que favorecen estas reacciones son: la experiencia previa de vivencias traumáticas, la existencia de enfermedades recientes, la existencia de estrés, las pérdidas cercanas graves, la pérdida de su sistema de apoyo social y psicológico y la carencia de habilidades para la resolución de problemas.

Los damnificados son de todas las edades, clases socioeconómicas y grupos raciales o étnicos, ya que en las catástrofes afectan en forma indiscriminada a la población de la zona que sufre el impacto (Benyakar et. al, 2002). Es importante subrayar que por cada damnificado con daño físico como mínimo existirán dos o más allegados que pueden desarrollar diversas consecuencias en su salud mental. La mayoría de las investigaciones afirman que, en general, ante una catástrofe, solamente el 15% de los individuos no sufren ninguna consecuencia en su salud. Así, un 15% de los damnificados presentan diferentes reacciones patológicas y el 70% de ellos presentan ciertas alteraciones emocionales patológicas y pérdida de la iniciativa, aunque su actitud es aparentemente calmada. Por estas razones, podemos denominar damnificado por un desastre tanto a las personas que fueron expuestas directamente a la situación, como a aquellos que han sufrido una exposición indirecta.

Dentro de la variada gama de síntomas que los individuos pueden experimentar después de un desastre natural, hay que tener en cuenta que algunos de estos síntomas pueden acabar en problemas de salud mental. Por esto, es de extrema importancia que si algún damnificado está desarrollando alguno de estos síntomas, sea derivado con urgencia a un profesional de la salud mental:

- Dificultades en la memoria y en la concentración.
- Pensamientos y recuerdos excesivamente recurrentes sobre seres queridos fallecidos o sobre la propia situación traumática.
- Sueños o pesadillas recurrentes acerca de la situación traumática.
- Controversia con respecto a sus creencias religiosas y espirituales.

- Aturdimiento, desconexión.
- Temor o ansiedad al escuchar sonidos que recuerdan al evento.
- Anhedonia.
- Labilidad emocional.
- Sentimiento de ira, tristeza e irritabilidad.
- Sentimientos de desesperanza sobre el futuro.
- Aislamiento.
- Excesiva protección de uno mismo y de los seres cercanos.
- Excesivo estado de alerta.
- Dificultad para dormir o mantener el sueño.
- Reconstrucción de los acontecimientos como intento por cambiar las consecuencias.
- Evitación tanto de actividades como de lugares y personas que recuerdan la situación traumática.
- Evitación de pensamientos que recuerden el evento a través de excesivas actividades para mantenerse ocupado.

Dentro de las diferentes respuestas patológicas a largo plazo que puede desarrollar un damnificado de un desastre natural se encuentran: el trastorno de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, las fobias, trastorno obsesivo compulsivo, la depresión mayor, el abuso de sustancia, la violencia domestica e, incluso, el suicidio. Son muchos los factores que desencadenan el desarrollo de este tipo de trastornos. Entre los factores de riesgo hay que destacar: el tipo de suceso traumático; la duración del acontecimiento; el cambio de realidad y la probabilidad de recurrencia; el grado de destrucción e impacto en la comunidad; el grado de proximidad y de exposición a la situación traumática; la existencia enfermedad mental previa, de traumas previos y de pérdidas no resueltas; el abuso de sustancias; el ser testigo de heridos graves, mutilación, cadáveres; el resultar herido o tener conocidos fallecidos o que hayan resultado gravemente heridos; los acontecimientos vitales estresantes concurrentes; la cantidad de recursos socioeconómicos que posea el individuo; la inestabilidad familiar y la pérdida de apoyo social; el significado asignado al desastre; el carácter, la cultura, la etnia y las creencias espirituales del individuo; y la personalidad, habilidades y los diferentes mecanismos de afrontamiento del individuo.

2. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) se introdujo por primera vez como diagnóstico en 1980. Así, denominamos trastorno de estrés postraumático a aquel trastorno que experimentan los damnificados y testigos de situaciones traumáticas como catástrofes naturales, accidentes graves, muertes violentas, guerras, torturas y violaciones, entre otros, caracterizado por un conjunto de síntomas físicos y psicológicos, que surgen como respuesta tardía a tales acontecimientos estresantes y pueden persistir durante un largo periodo de tiempo después de dicho acontecimiento traumático. Los pacientes que padecen este trastorno se caracterizan porque las imágenes y los recuerdos del acontecimiento traumática vivido se re-experimentan continuamente, en contra de la propia voluntad del individuo, y a pesar del paso del tiempo, las personas lo imaginan con todo tipo de detalles, en especial, a lo que se refiere a los sentidos, los colores y los olores asociados a dicha situación, provocándoles intensas reacciones de ansiedad. Esta situación genera una fuerte fuente de estrés, donde las emociones, las evitaciones de situaciones que recuerden al acontecimiento y los pensamientos irracionales incrementan su intensidad, formando así un círculo vicioso del que es difícil salir.

El trastorno de estrés postraumático es más común de lo que parece. Así, investigaciones actuales revelan que entre un 50 y un 90% de la población está expuesta a eventos que pueden producir trastorno de estrés postraumático, y, de media, un 8% llegan a desarrollar la enfermedad en su vida, aunque la prevalencia de este trastorno en la población general de distintas áreas geográficas oscila entre el 1% y el 12% (Yehuda and LeDoux, 2007; Vieweg et al., 2006). Ahora bien, los estudios específicos en poblaciones expuestas a traumas muestran que las cifras de prevalencia aumentan, variando del 3% al 58%. Sin embargo a día de hoy aún se desconoce la causa por la que, aún experimentando la misma situación traumática, algunas personas resultan indemnes y otras desarrollan el trastorno, o la causa de que algunas desarrollan síntomas inmediatamente y otras desarrollen una respuesta que permanece latente durante un periodo de tiempo o sólo se manifiesta cuando el trauma se repite.

Así, para poder realizar un diagnóstico de TEPT, el manual diagnóstico de trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-IV, afirma que es necesario que una persona haya estado expuesta a un acontecimiento traumático extraordinario, tales como muerte real o amenaza de daño grave para el paciente o para otras personas cercanas, tales como amigos y seres queridos. El diagnóstico requiere también la existencia de varios

síntomas clasificados en tres grupos: el primer clúster de síntomas implica la re-experimentación del evento traumático con recuerdos, sueños y/o sufrimiento psicológico o físico. El segundo grupo de síntomas incluye hipervigilancia del peligro y/o aumento de excitación manifestado como dificultades para dormir, para concentrarse y para controlar la ira. El tercer grupo de síntomas comprende la evitación persistente de las señales que evocan recuerdos del evento traumático, así como embotamiento emocional, disminución del interés por diferentes actividades, la sensación de un futuro desolador, y la falta de emociones positivas.

Así, las personas que sufren este tipo de trastorno conceden mucha importancia a los recuerdos e imágenes traumáticos y a la ansiedad que les provocan, elaborando pensamientos relacionados con la situación traumática y sus consecuencias, resultando en sesgos atencionales e interpretativos. Estas personas perciben el mundo como altamente inseguro y peligroso, perdiendo la sensación de control sobre su seguridad y la de los demás. Las imágenes y las sensaciones se vuelven intrusivas, especialmente si se pretende evitar, aumentando la frecuencia de esos pensamientos y convirtiendo la situación cada vez más estresante e insoportable. Este diálogo interno del propio individuo, además de generar más ansiedad, provoca una serie de diversos sentimientos de culpa por las acciones que realizó o podía haber realizado, por no haber estado a la altura de las circunstancias, e incluso por haber sobrevivido. En definitiva, el individuo genera una serie de motivos irrealistas, irracionales y de extrema auto-exigencia, que provocan un enorme daño en la salud mental del individuo. Por todo ello, resulta de extrema importancia la realización de una intervención psicológica inmediata y adecuada, para intentar evitar que se produzcan transformaciones en la personalidad del individuo con el paso del tiempo.

Hay que tener en cuenta que existen una serie de factores de riesgo que favorecen el desarrollo de un TEPT. Entre estos están: el género femenino, la juventud y los antecedentes psiquiátricos previos, los antecedentes psiquiátricos familiares y el tipo de trauma. En definitiva, se puede concluir que el TEPT es un trastorno complejo que viene determinado por diferentes factores de vulnerabilidad del propio individuo, por las características de la situación estresante y por variables secundarias al acontecimiento traumático, como pueden ser la disponibilidad de soporte social, de ayuda médica y psicológica (Mingote et al., 2001).

Hay que tener presente que es poco frecuente que la existencia exclusivamente de síntomas de TEPT. Así alrededor del 80% de los pacientes que desarrollan TEPT también

presentan síntomas de otros trastornos psiquiátricos. Por ello, resulta conveniente realizar una aproximación diagnóstica multidimensional del TEPT. Entre los trastornos asociados al TEPT que aparecen con mayor frecuencia se encuentran los siguientes:

- **Ataques de pánico**: se define por intensas sensaciones de miedo y de angustia acompañadas de diversos síntomas fisiológicos, como taquicardias, sudoración, nauseas, temblores, sensación de ahogo, etc. Si se generalizan a otras situaciones ocasionarían la aparición de agorafobia con ataques de pánico.
- **Depresión***:* la evitación de ciertas situaciones y el aumento del arousal puede llevar a un estado de agotamiento del organismo que desencadene una anhedonia o pérdida de interés en actividades placenteras. También puede causar una disminución de las relaciones sociales, una disminución de la autoestima, y un sentimiento de gran desesperanza por la dificultad de retornar a la situación inmediatamente anterior a la situación traumática.
- **Conductas excesivas de miedo y evitación**: las conductas de evitación y huida de lo relacionado con el trauma puede llegar a generalizarse a diversas situaciones que en principio no estarían asociadas directamente, lo que puede llegar a interferir de manera muy significativa con el día a día del sujeto. En los casos más severos, puedan llegar a desarrollarse fobias específicas.
- **Trastornos disociativos**: la disociación se caracteriza por ser un mecanismo psicológico de defensa donde la identidad, memoria, ideas, sentimientos o percepciones propias se separan de lo consciente y no pueden llegar a ser recuperadas voluntariamente. Existen diversos tipos de trastornos disociativos, entre los que están: la amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo y el trastorno disociativo.
- **Abuso de sustancias**: es bastante frecuente el uso excesivo de drogas, en especial, del alcohol, con el objetivo de huir del dolor asociado a la situación traumática.

3. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN SITUACIONES DE DESASTRE

Durante varios siglos, la respuesta inmediata ante una situación de emergencia o un desastre era la de intentar ayudar a los damnificados a restaurar sus necesidades primarias básicas, es decir, la alimentación, el agua, el abrigo y la vivienda, para que una vez satisfechas podrían reorganizar lo que quedó de sus vidas. En estos últimos años, se ha visto la importancia de los costes emocionales que conllevan un desastre o una emergencia. El reconocimiento de este factor ha llevado a priorizar las necesidades de salud mental de las personas damnificadas (Cohen, 1989). Así, al igual que ocurre en otras disciplinas, el campo de la psicología ha adecuado sus conocimientos a las diferentes situaciones de desastres y emergencias, siendo la presencia del psicólogo cada vez más necesaria.

Cuando ocurre una situación traumática de diferente tipo, los individuos padecen una serie de reacciones postraumáticas agudas que son completamente normales ante una situación de este tipo. Sin embargo, cuando estas reacciones se prolongan en el tiempo o aumentan de intensidad y frecuencia, puede llegar a desarrollarse un diagnóstico de TEPT, siendo el trabajo de los psicoterapeutas imprescindible tanto para el diagnóstico precoz como para su seguimiento. Así, la ayuda psicosocial se centra principalmente en intentar fortalecer y restaurar el equilibrio social del individuo, teniendo siempre como objetivo principal la evitación del desarrollo de un TEPT. Este enfoque es de extrema importancia, tanto para la salud del individuo como para posibilitar la rehabilitación social, económica y política de la comunidad. Por tanto, el objetivo de las intervenciones psicosociales es la restauración y promoción de la estructura social, de la cohesión social, de la independencia y de la dignidad de los damnificados. También hay que tener en cuente que sirve para prevenir una mayor desintegración social, ya que reduce o incluso elimina las condiciones que desencadenan problemas de salud mental y, además, estimula los factores de apoyo sociales (Beristain y Doná, 1997).

En concreto, la intervención en crisis es una estrategia de intervención que se caracteriza por ser temporal, breve e intensa y que se realiza cuando los recursos propios de la persona son ineficaces para afrontar determinadas situaciones. Su objetivo principal es el restablecimiento lo más rápidamente posible de los niveles de independencia que el damnificado presentaba antes de la situación traumática. Aunque en muchos casos el propio damnificado no será el que demande este tipo de servicio, los equipos psicosociales tienen la obligación de ofrecer este tipo de servicio a los individuos supervivientes de este

tipo de situaciones. Este tipo de intervención también se caracteriza por no tener delimitados una duración temporal determinada, ya que dependerá de cómo se desarrollen las circunstancias en torno al desastre o emergencia. El especialista tiene que tener presente que su intervención puede no finalizar en ese momento, ya que si el damnificado precisa de mayor atención, será derivado a terceros profesionales.

Un aspecto muy relevante que los especialistas de intervención en crisis deben tener en cuenta es que, en este tipo de intervención, es más frecuente el contacto físico. Por ello, hay que tener en mente varias características de los damnificados, como el origen cultural, el género del afectado y el tipo de experiencia vivida, para poder realizar una adecuada intervención psicosocial.

Por último, y no menos importante, es necesario tener presente los principios básicos de toda intervención en crisis, tanto si se trata de situaciones de emergencias como si se trata de desastres:

- *seguridad*: hay que asegurar tanto la protección como el bienestar físico del damnificado.
- *simplicidad*: trasmitir mensajes simples, breves y directivos cuando el daminificado lo necesite.
- *inmediatez*: asistencia temprana con el fin de aliviar la sintomatología y prevenir la cronicidad de los síntomas.
- *proximizar*: hay que realizar la intervención psicosocial en lugares próximos a la emergencia o desastre y evitar trasladar a los damnificados a los centros de salud mental, en un intento por normalizar la situación y evitar que se convierta en algo patológico.
- *normalizar*: es importantísimo no calificar a los damnificados como enfermos o pacientes, intentando siempre transmitir al individuo afectado que sus reacciones son completamente normales ante situaciones de este tipo.
- *activar*: hay que movilizar los recursos propios del damnificado para afrontar la situación, así como sus redes sociales y comunitarias, con el objetivo de recuperar lo antes posibles su nivel normal de funcionamiento.
- *flexibilizar*: aunque exista un plan de acción, los terapeutas deben tener presentes que en muchas ocasiones deberán adaptarse a las necesidades de la situación traumática.

Como ya hemos comentado, existen diferentes tipos de intervención psicosocial ante situaciones de emergencia o desastre, entre ellas están:

1. **Comunicación durante acciones de rescate o evacuación:** Para que la persona accidentada o en peligro, muestre mayor confiada y empiece a tranquilizarse poco a poco, lo primero que debemos hacer es identificarnos como miembros por ejemplo, de una red nacional de apoyo psicológico, mostrándoles nuestra intención de ayudarles. Es importante referirse a la persona siempre por su nombre, así como mantener el contacto verbal para mantener su atención, especialmente en los casos en los que el contacto visual o físico resulta dificultoso. Como ya hemos comentado anteriormente, todas las instrucciones que se le den a la persona accidentada deben trasmitirse de forma calmada, breve y concreta, teniendo en cuenta que a mayor grado de descontrol por parte del afectado, hay que transmitir mayor firmeza y sencillez en las instrucciones. A medida que el afectado se va calmando y cogiendo confianza, se le puede explicar las diferentes operaciones que se van a realizar o se están realizando a su alrededor. Es imprescindible mantener la cooperación de la persona afectada con el fin de evitar que interfiera en las operaciones puestas en marcha. Para ello, podemos llevar su atención a lo que está haciendo, para evitar que surjan posibles respuestas de ansiedad o para evitar que visualice cadáveres, llamas, humo, etc.

2. **Comunicación después del rescate o evacuación:** al igual que en el momento del rescate, la identificación del profesional y el mantenimiento de una comunicación y actitud calmada son acciones imprescindibles en los momentos posteriores al rescate. Se puede hablar con la persona afectada acerca de lo ocurrido siempre que la persona lo solicite y los profesionales consideren conveniente, ya que aunque en ocasiones hablar de lo que se esta realizando puede resultar tranquilizador, dependiendo del tipo de persona puede ser más ansiógeno. Así, mientras otros profesionales realizan su trabajo, se puede brindar al afectado un acompañamiento psicológico escuchando y permitiendo que se desahogue, pero siempre hay que trasmitir que el miedo y la ansiedad que siente son completamente normales ante una situación de esta envergadura. Hay varias acciones que nunca hay que hacer ante una situación de este tipo: nunca hay que discutir con la persona afectada; nunca hay que intentar hacerla entrar en razón a través de la utilización de

complejos consejos o explicaciones; nunca hay que culpar al afectado de su comportamiento, por muy imprudente que fuere; nunca hay que prohibir o silenciar su llanto o sus manifestaciones de dolor y sufrimiento; y nunca hay que generar culpabilidad o remordimiento.

3. **La Distracción Atencional:** ante una situación traumática, los damnificados pueden llegar a experimentar sensaciones de irrealidad y ensimismamiento. Estas sensaciones pueden llevar a rumiaciones constantes de ideas irracionales que invaden los pensamientos del afectado de manera constante e involuntaria, pudiendo llegar a desbordarle emocionalmente e, incluso, llevar al afectado al desmayo o desvanecimiento. Por eso que la técnica de la distracción es de suma importancia, para evitar de manera efectiva las rumiaciones.

4. **Debriefing o CISD (Critical Incident Stress Debriefing):** La técnica conocida como Debriefing (Critical Incident Stress Debriefing), fue creada por Mitchell en 1983. Es una técnica grupal o individual, que ayuda a elaborar los acontecimientos y experiencias vividas en la situación de emergencia o desastre. En el siguiente apartado de este trabajo, se tratará de este tipo de intervención en profundidad.

5. **Defusing o Desactivación:** esta técnica está destinada principalmente a los equipos de primera respuesta y profesionales del ámbito social, con el fin de proporcionar información y apoyo y favorecer una pausa emocional. Es habitual aplicarlo al final de cada día de intervención de los equipos de primera respuesta. El fin de esta intervención es poder elaborar lo sucedido, sin que interfiera en su labor de tal manera que puedan continuar con las tareas de emergencias en los días posteriores.

6. **Desmovilización:** esta técnica también se utiliza con los equipos de primera respuesta y profesionales del ámbito social, favoreciendo también la pausa emocional pero, en este caso, además tiene como objetivo la cohesión del equipo de trabajo y la normalización las reacciones vivenciadas. Se suele aplicar al final de cada intervención global de los equipos de primera respuesta, con el objetivo de cerrar el trabajo emocional y de contención de los profesionales.

7. **Informe Manejo de Crisis:** esta intervención se realiza con la comunidad afectada para proporcionarles información del evento. También tiene como objetivo controlar los diferentes rumores acerca de la situación, así como fomentar las diferentes técnicas de manejo de estrés, concretar los recursos disponibles y reestablecer la vida normal de la comunidad.

8. **Relajación:** Existen distintas técnicas de relajación para afrontar el estrés, pero hay que seleccionar aquella que posea una aplicación rápida y sencilla, evaluando siempre las condiciones del entorno y cercanía del evento traumático para realizar la mejor elección.

4. DEBRIEFING

La técnica de debriefing nació en Los Estados unidos en 1983 con el trabajo del Dr. Jeffrey Mitchell en el contexto del desarrollo de la teoría de intervención en caso de crisis. Posteriormente han surgido diferentes variantes: Dyregrov, 1989; Amstrong y colaboradores, 1991; Parkinson, 1997; Perren-Klingler, 2001. Todas estas variantes son similares en su estructura y en su aplicación y designan en todos los casos una asistencia psicológica breve para personas traumatizadas a causa de una situación difícil o un incidente crítico.

El debriefing es, por tanto, una intervención psicológica breve que se realiza en los primeros días posteriores al evento traumático. En sí constituye una estrategia altamente estructurada en siete pasos concretos. Fue ideada, en principio, para ser empleada con profesionales de emergencia. Sin embargo, debido a los resultados satisfactorios obtenidos (Everly et al., 1999), la han llevado a ser empleada con otro tipo de víctimas secundarias (personal hospitalario, trabajadores de entidades bancarias, militares y educadores) e incluso, se ha llegado a utilizar con damnificados directos y familiares de estos.

El debriefing consiste en una técnica de prevención que impediría la aparición del TEPT, y que realiza una prevención selectiva, es decir, detecta de forma temprana los damnificados que precisan de una asistencia específica para derivar al paciente a una psicoterapia centrada en el TEPT. Al tratarse de una técnica preventiva, en la que se trabajan reacciones normales tras una situación anormal, esta intervención no se puede considerar terapéutica, ya que no tratamos ningún trastorno. Este método ha sido

considerado obligatorio en las intervenciones en emergencias, siendo respaldado por organizaciones como la Cruz Roja y otras agencias de socorro (Litz et al., 2002).

El objetivo principal del debriefing precisamente es evitar la psicoterapia, al evitar el desarrollo del TEPT. Si bien, aunque esta técnica intenta evitar la cronificación de las reacciones agudas normales tras un evento traumático, también está siendo utilizado con éxito para elaborar e integrar la experiencia traumática, en aquellas personas con un diagnóstico de TEPT, reduciendo en intensidad y frecuencia la sintomatología, en un periodo corto de tiempo. Por lo tanto, el modelo de debriefing también podría utilizarse como técnica terapéutica.

En conclusión podemos afirmar que el objetivo principal de atención de esta intervención en crisis se dirige a buscar el alivio del estrés sufrido por el damnificado tras una situación traumática, así como a atenuar las consecuencias indeseables de la exposición al trauma y a facilitar la integración de la experiencia por parte del damnificado. Además, la técnica pretende motivar al damnificado a que sea capaz de movilizar sus propios recursos de afrontamiento.

El debriefing permite hablar de todo aquello que se relaciona con la situación traumática, permitiendo restablecer el desarrollo de los hechos y expresar lo que se ha sentido. Las explicaciones, consejos y las propuestas concretas permiten a cada participante comprender y manejar su propia situación en función de sus propios recursos personales. Dada la parte de trabajo cognitivo que acontece en algunos momentos de la intervención con debriefing, conviene que este encuentro tenga lugar al menos a las 48-72 horas de la situación. Si la situación traumática aún no está estabilizada, técnicamente hablando (por ejemplo, en interrogatorios o búsquedas de evidencias policiales, o en desastres que prolongan el trabajo durante días o semanas), una vez transcurrido este periodo, conviene esperar para la organización de esta intervención.

Uno de los objetivos principales que se pretende con una técnica como esta es la de poder conseguir hacer un relato lógico y ordenado. Ocurre que el damnificado tiende a relatar los eventos entremezclados, con ausencia de emoción o todo lo contrario, con presencia de una inundación total de emoción. El debriefing, por tanto, consigue pasar de la memoria traumática a la memoria narrativa, siendo un paso imprescindible para poder integrar la experiencia traumática. Lo que es más, esta técnica de intervención permite a los damnificados realizar por primera vez un relato ordenado y lógico con principio y fin, lo

que les permite relatarlo sin inundación de emoción por primera vez, evitando de esta forma la retraumatización, con las importantes consecuencias que esto tiene en el individuo.

Generalmente, esta intervención en crisis consiste en dos sesiones en un intervalo de dos meses. La primera de las sesiones suele tener una duración de dos horas aproximadamente, aunque el tiempo dependerá de la duración del evento traumático y del número de reacciones postraumáticas que aparezcan. La segunda sesión tiene una duración menor, aproximadamente media hora. Esta sesión tiene como objetivo comprobar que han desaparecido las reacciones, y en el caso de que continúen con la misma frecuencia e intensidad, el debriefer debe derivar al paciente a un profesional especializado en intervenciones en las que existe trauma psicológico. Así, el debriefing psicológico se desarrolla según un esquema preciso en siete pasos, que guía el paso de lo cognitivo a lo emocional, antes de volver a lo cognitivo.

- ETAPA 1: introducción

Se trata de establecer el contexto cognitivo del proceso: se informa de la meta del debriefing y de los principios del funcionamiento del grupo; se recuerda la exigencia firme de la confidencialidad y del secreto profesional; se explican las reacciones postraumáticas posibles y se señala que son normales, naturales y transitorias. La presentación clara del procedimiento permite a los participantes comprender mejor lo que va a suceder antes de comenzar, para que den su consentimiento informado.

- ETAPA 2: relato de los hechos

Esta etapa está centrada en los elementos objetivos del suceso: los hechos. Se articula en torno a las preguntas: ¿Quién? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Qué fue lo que sucedió? ¿Cómo pasó? ¿Qué ocurrió después? Tanto estas preguntas como la utilización de verbos como ver, oír y hacer sitúan el acontecimiento en el nivel cognitivo y permiten construir un relato lógico y coherente guiado por un hilo conductor.

Los participantes construyen dos pilares de seguridad. El primero marca el último momento plácido antes del acontecimiento traumático, mientras que el segundo corresponde al primer momento de seguridad relativa después del evento. Así, implícitamente se demuestra que el evento, por muy terrible que fuera, es sólo un capítulo de toda una vida. Estos límites simbólicos del incidente crítico (Madanes, 1997) permiten

darse cuenta de que hay un principio y un fin. A lo largo de esta segunda etapa, el debriefer o profesional debe controlar la forma en que se expresa, para evitar que los participantes se vean inmersos en un flujo de emociones difíciles de contener. Para esto, el debriefer tiene que ceñirse a las preguntas que conciernen a los hechos: ¿qué es lo que sucedió? Esta etapa permite a cada participante tomar consciencia de lo que ha visto, oído y hecho, y poder construir una visión global del acontecimiento. El debriefer finaliza con un resumen de los hechos breve y preciso, enmarcado en los dos pilares de seguridad antes definidos y relatados sólo cognitivamente.

- ETAPA 3: de transición

Esta etapa permite abordar todos los pensamientos y las preocupaciones con relación al suceso y todo lo que se tambalea en el ánimo de los participantes. Cada uno puede expresar su propia interpretación de los hechos, apareciendo así los sistemas de valores que subyacen en cada opinión emitida. Esta primera consideración de los sentimientos y emociones, a menudo inconscientes, vinculados al acontecimiento prepara y acompaña al siguiente paso.

- ETAPA 4: emociones

Tiene como eje el conjunto de impresiones y emociones sentidas durante el incidente crítico. La reacción disociativa impide durante mucho tiempo tomar conciencia de estos sentimientos, que más adelante se sienten de manera negativa. Es necesario reactualizarlos, como si fuera la primera vez, controlando su intensidad para impedir un desbordamiento inútil y penoso. Se trata de localizar físicamente las emociones percibiéndolas y situándolas en el propio cuerpo y fraccionándolas, evitando así la catarsis y posibilitando la percepción de las emociones asociadas a nivel corporal, y ayuda a aceptarlas como normales, proporcionando la sensación de control sobre ellas. Esto se realiza a través de la técnica focusing. Ésta es una técnica asociativa, que utiliza el propio cuerpo para colocar la emoción con todas sus características. Al fraccionarlas, las emociones llegan a la conciencia pudiendo ser nombradas, descritas y controladas (reasociación). Poder darle un nombre a algo que estaba difuso e impreciso supone dominar en el ámbito cognitivo una impresión indefinida e incontrolable, y por lo tanto, desagradable. Esta toma de conciencia se acompaña de una reinterpretación que da un nuevo enfoque a estos sentimientos. Generalmente, el ambiente se distiende, la tensión se aminora y el alivio es prácticamente tangible.

- ETAPA 5: información y normalización

Es la fase de la información y normalización de las reacciones y al mismo tiempo una etapa de aprendizaje que se aborda en forma de diálogo entre los debriefers y los participantes. Las principales sensaciones que se evocan son fundamentalmente la hiperactividad, la disociación y los recuerdos intrusivos, así como la aparición de comportamientos o actitudes derivados de ellos. Desde la perspectiva salutogénica, esta fase de intercambio es importante. El debriefer señala la normalidad de las reacciones específicas y no específicas de manera psico-educativa, esto es, proponiendo apoyo a los participantes para afrontar e integrar los sentimientos penosos, llevar una vida sana, practicar deporte, realizar ejercicios para manejar el estrés y para controlar la respiración. Hablar acerca de las propias reacciones alivia y relaja a las personas y este alivio se intensifica con los ejercicios de autocontrol. Globalmente, estos ejercicios mejoran el estado general y la calidad del sueño, hacen disminuir la hiperexcitación y los flashbacks y favorecen los procesos de reasociación. Los participantes se percatan así de que ellos mismos tienen una función activa en la reconstrucción de su propio equilibrio, El empleo abstracto y negativo del término "síntoma patológico" debería desaparecer en este proceso, a favor de una información más concreta, que aglutinase nociones teóricas y que alentase a reaccionar. De este modo, las personas afectadas dispondrían de medios para mejorar rápidamente estos problemas, que por muy normales que sean, no por ello son menos dolorosos.

- ETAPA 6: ritual de despedida

Se trata de crear un ritual de despedida del evento y de prepararlo. Es un acto simbólico a través del cual, los participantes expresan el fin del acontecimiento, pasan página y comienzan un nuevo capítulo de su existencia. Este acto de transición indica a la vez la realidad del suceso y su confinamiento al pasado. Puede tomar diferentes formas: una señal en recuerdo de las personas desaparecidas, un acto de agradecimiento por estar sano y salvo, un epitafio, plantar un árbol, etc. Lo más importante es que el gesto resulte del consenso grupal y que tenga sentido para todos. Se realizará fuera de la sesión de debriefing.

- ETAPA 7: conclusión

Esta etapa permite volver a la realidad y a la vida cotidiana. Se hace una conclusión llena de sensibilidad y de empatía, donde el debriefer retoma lo esencial de lo que se ha dicho y hecho a lo largo de la sesión. Se repite que todos esos acontecimientos fuera de lo normal son ahora conocidos, compartidos y ordenados, y que los participantes han aprendido a manejar su propio estrés. A esto se añaden tres elementos: la disponibilidad telefónica del debriefer en el proceso que separa los dos encuentros, la mención de la confidencialidad y la responsabilidad de cada uno para ocuparse de sí mismo. La experiencia ha demostrado que este último elemento es fundamental.

El debriefer tiene que tener en cuenta una serie de aspectos con el fin de potenciar los efectos positivos de la intervención grupal, así como para intentar prevenir los procesos de retraumatización (Armstrong et al., 1995; Mitchell y Everly, 1996; Dyregrov, 1997; Galliano, 2002). Uno de estos aspectos que cabe destacar es que, en una intervención de este tipo, es necesaria la presencia de dos facilitadores y que, al menos uno de ellos, sea un profesional de la salud mental. Esto es de vital importancia ya que los damnificados precisan de un profesional que sepa manejar sus verbalizaciones para desentrañar si existen valoraciones irracionales o esquemas disfuncionales, así como alguien que sepa dirigir a buen termino determinadas reacciones, como por ejemplo disociaciones o flashbacks, o determinados relatos de hechos que pueden hacer deducir la formación de condicionamientos clásicos aversivos. Además de esto debe existir un entorno psicosocial adecuado, es decir, que los intervinientes en emergencias realicen una preparación psicológica y técnica y que exista una información clara y precisa en el ámbito profesional y a las familias de los damnificados directos. Para obtener un efecto óptimo en la intervención, hay que poner al corriente a todo el entorno, cuyo apoyo y colaboración son indispensables. Para poder realizar un debriefing grupal la condición requerida es que todos los participantes hayan vivido la misma situación crítica, si no ocurre esto lo indicado es el debriefing individual.

Además de la existencia de estos aspectos, conviene seguir estos principios:

- procurar que se cumplan las reglas descritas en el proceso de debriefing
- contar previamente con un conocimiento adecuado del incidente
- evitar tomar notas durante el debriefing y en caso de que esto sea necesario, informar al grupo de lo que se está apuntando
- evitar desacuerdos entre los debriefers o explicitarlos durante el debriefing

- contener las emociones intensas descontroladas
- sacar temas sobre los que ningún damnificado se atreve a tratar

Por tanto, las conclusiones más importantes podemos extraer de la intervención con debriefing es que dicha intervención ayuda a los damnificados a integrar los pensamientos y emociones de la situación traumática, pasando del caos al orden de los hechos vividos. Así, el damnificado puede comprender y aceptar sus pensamientos y emociones, situándose poco a poco en el plano de la normalidad. Además esta técnica proporciona recursos de autocontrol para afrontar las reacciones, aportando así recursos nuevos para un crecimiento postraumático.

5. VARIANTES DEL DEBRIEFING: EL CASO DEL CICR

En la actualidad existen bastantes variantes del debriefing. Así, algunos autores proponen variantes del debriefing más simples, pudiéndose resumir la intervención en cuatro fases: Introducción, Narración, Intervención y Educación (Hodgkinson y Stewart, 1998). Además, se pasó de ser una técnica individual a una grupal. Así, el comité internacional de la cruz roja realiza este modelo de intervención: en los 3 días posteriores al suceso traumático, realizan una única sesión con los equipos profesionales de rescate. Se trata de una sesión estructurada en cuatro pasos, conducida por dos coordinadores preferentemente que poseen formación en debriefing colectivo. La sesión dura aproximadamente entre 2 y 3 horas, y el número máximo de personas es entre 15 y 20. El objetivo consiste en llevar a los participantes la posibilidad de expresar progresivamente las emociones ligadas al suceso. Para ello reconstruirán primero el relato de los hechos. Luego, al ir poniendo en palabras sus pensamientos y sensaciones, se acercarán progresivamente a la vivencia emocional y le podrán agregar la numeración de los síntomas residuales y subrayar el aspecto normal de cada uno de estos fenómenos. En concreto, la sesión estaría estructurada de esta forma:

- FASE 1: Hechos
    - El coordinador se presenta a sí mismo, informa de la meta del debriefing, recuerda las reglas de que deben respetarse y solicita a cada uno de los participantes el relato de los hechos tal y como es recordado.

    - Los participantes describen el suceso y los hechos o bien las actividades cotidianas que son fuente de estrés.

- FASE 2: Emociones
    - El coordinador hace detallar las sensaciones y emociones sentidas por cada uno de los participantes
    - Los participantes, por su parte, describen sensaciones y emociones, asi como expresan las emociones asociadas al suceso.

- FASE 3: Normalización
    - El coordinador recuerda la normalidad de las reacciones postraumáticas y hace puntualizar los síntomas residuales
    - Los participantes comparten las dificultades que enfrentan y los trastornos que padecen

- FASE 4: Futuro
    - El coordinador afronta el futuro inmediato, que será la partida para algunos equipos y para otros será el proseguir con el compromiso. Además localiza a los participantes que necesiten un apoyo psicoterapéutico, informa de cómo proseguirá la operación y prevé, eventualmente un segundo debriefing si fuera necesario
    - Los participantes manifiestan sus necesidades y sus deseos.

El CICR plantea un número de situaciones concretas en las que puede aplicarse el debriefing grupal:

- Catástrofes, masacres a gran escala
- Fallos de seguridad con muertos y/o heridos graves
- Fallos en la seguridad con amenazas graves hacia los equipos colaboradores
- Toma de rehenes, inclusive si son colaboradores
- Situación de sobrecarga profesional grave en un contexto amenazador y emocionalmente duro
- Toda situación de carga emocional intensa

Así, el debriefing grupal no constituye únicamente una respuesta para ciertas necesidades individuales o para ciertas demandas de grupo. El CICR propone que debería ser una medida rutinaria y sistemáticamente aplicada, inmediatamente después de todo evento o situación que conlleve una carga emocional alta.

Los psicoterapeutas admiten que el hecho de que, sin intervención, las reacciones traumáticas corren el riesgo de degenerarse en trastornos patológicos. Así, el acompañamiento a los damnificados, y también a los equipos profesionales que trabajan en situaciones de desastre y emergencias, es una actitud fundamental que debería implicar a toda la sociedad. La asistencia terapéutica define exclusivamente las consecuencias de las situaciones traumáticas y las trata como un problema individual frente a la cual la sociedad no puede estar prevenida. Las intervenciones precoces siempre tienen en cuenta los diferentes recursos del grupo, asegurando siempre la organización de la situación traumática desde el punto de vista cognitivo y emocional, impidiendo la cronificación de dichas emociones, de ahí la importancia de este tipo de intervención en situaciones de desastre y emergencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Amstrong, K., O´Callahan, W., Marmar, C. R. (1991) Debriefing red cross disaster personel: the multiple stressor debriefing model.
- Armstrong S., Petitpierre D., Robert G., and Russell G. (1995). An open architecture for multilingual text processing
- Benyakar M, Kretsch, R. Barauch E. (1994) Mental health work with Gulf War evacuees: The use of a transitional therapeutic space
- Benyakar, M. (2002) Salud mental y desastres. Nuevos desafíos.
- Beristain, M., Doná, G. (1997) Enfoque psicosocial de la ayuda humanitaria.
- Clave 20, Revista interna del Samur y protección civil de Madrid, numero 4 (2003).
- Cohen, R. Ahearn, J.R. (1989). Manual de la atención de salud mental para víctimas de desastres.
- Comisión Técnica de Apoyo Psicológico en Situaciones de Emergencias y Desastres (2007) Intervención psicosocial en situaciones de emergencia y desastres: guía para el primer apoyo psicológico.
- Dyregov, A. (1989) Caring for helpers in disaster situations: psychological debriefing.
- Dyregov, A. (1997) The process of psychological debriefings.
- Estrada, G., Gante, J., Hernandez, A., Torre, M. (2004) Prevalencia de TEPT en sobrevivientes de desastres en la Ciudad de México.
- Everly, G. S., Boyle, S., Lating, J. (1999). The effectiveness of psychological debriefings in vicarious trauma: a meta-analysis
- Hegoa. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo.
- Galliano, S. (2002) Debriefing considered.
- García, F. E. (2010) Prevención de trastorno de estrés postraumático en supervivientes del terremoto de Chile de febrero de 2010: una propuesta de intervención narrativa.
- Hodgkinson, P. E., Stewart, M. (1998) Coping with catastrophe.
- Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R., & Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions.
- Mitchel, J. T. (1983) When disaster Stripes: the critical incident stress debriefing process.
- Mitchell, J. T., Everly, G. S. (1996) Critical incident stress debriefing: an operations manual

- Mingote, J., Machón, F., Isla, M., Perris, G., Nieto, P. (2001). Tratamiento integrado del Trastorno de Estrés Postraumático.
- Parada Torre, E. (2005) Intervención psicológica inmediata con intervinientes.
- Parkinson, F. (1997) Critical incident debriefing: Understanding and dealing with trauma
- Perren-Klingler, G. (2001) Le debriefing psychologique à l'épreuve de la pratique : une adaptation du modèle de Mitchell
- Perren-Klingler, G. (2003) Debriefing: modelos y aplicaciones. De la historia traumática al relato integrado.
- Rey Valenciano, O. (2004) Debriefing psicológico: Una herramienta eficaz para los sobrevivientes de eventos traumáticos.
- Rey Valenciano, O. (2011) Debriefing Psicológico individual: versión adaptada a supervivientes de la tortura.
- Sánchez Escudero, J.M. (2008). Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT.
- Vera Poseck, B. (2004) Debriefing: una revisión acerca de la polémica actual.
- Vieweg, W. V., Julius, D. A., Fernandez, A., Beatty-Brooks, M., Hettema, J. M., & Pandurangi, A. K. (2006). Posttraumatic stress disorder: clinical features, pathophysiology, and treatment
- Yehuda, R., & LeDoux, J. (2007). Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD
- Zapardiel, A., Balantaz, S. (2009) Manual de intervención psicológica y social en víctimas de terrorismo.