

PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS: PROTOCOLO ACERCARSE

Manuel Muñoz, Berta Ausín y Eloísa Pérez-Santos
Universidad Complutense de Madrid (España)

Resumen

En los últimos años se ha producido un aumento en el interés por las intervenciones psicológicas posteriores a un suceso traumático, tanto tras incidentes masivos como los ataques del 11 de Septiembre de 2001 en Nueva York o el 11 de Marzo de 2004 en Madrid, o tras catástrofes naturales como el tsunami del 26 Diciembre 2004 en el sureste asiático, como por la necesidad de intervenir en víctimas recientes de sucesos traumáticos (violaciones, malos tratos, accidentes, etc.). El presente artículo muestra una revisión de los principales acercamientos e intervenciones psicológicas tempranas. Los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) se definen como un grupo de intervenciones psicológicas tempranas, breves y prácticas orientadas a paliar y prevenir los efectos psicológicos de los sucesos traumáticos a corto, medio y largo plazo. Los primeros auxilios psicológicos pueden emplearse tanto para facilitar apoyo psicológico en experiencias moderadamente estresantes de la vida cotidiana, como en sucesos traumáticos de gran intensidad. Los principales objetivos de los primeros auxilios psicológicos son la estabilización emocional de la persona, su conexión con las redes de apoyo social y la decisión de derivación a un servicio de salud mental. Se revisan los principios básicos y los principales protocolos de PAP propuestos hasta el momento y se resumen sus características comunes. Por último, se ofrece al lector una guía de primeros auxilios psicológicos desarrollada y utilizada por los autores en múltiples escenarios de desastre natural, guerra o terrorismo (Protocolo ACERCARSE).

PALABRAS CLAVE: *primeros auxilios, intervención psicológica, emergencias, desastres.*

Abstract

Nowadays, interest in the emerging field of disaster psychology has increased significantly after events such as September 1, 2001 in New York, March 11, 2004 in Madrid, or December 26, 2004 tsunami in Asia. Also this interest has been centred in the need to treat rape, assault or other crime or accident victims. The present article shows a revision of the main early psychological approaches and interventions in the immediate response to disaster. Psychological First Aid

(PFA) is defined as a group of short, practical and early psychological interventions oriented to relieve and prevent the psychological effects of traumatic events in the short, middle or long term. PFA is useful to offer psychological support in the medium or moderate stressful life events as well as in great intensity ones. The main objectives of PFA are the person emotional stabilization, their connection with the natural social support networks and the decision of the derivation to mental health services. The basic principles and the protocols of PFA are revised and their common characteristics are summarised. Finally, a PFA practical action guide developed and applied in different disasters, war and terrorism settings by the authors is presented (ACERCARSE protocol).

KEY WORDS: *first aid, psychological intervention, emergencies, disasters.*

Introducción

Durante los primeros años del siglo XXI se ha hecho cada vez más evidente que la práctica totalidad de la población mundial es susceptible de sufrir acontecimientos en los que su vida y/o la de sus iguales se vea amenazada. Estas situaciones de amenaza pueden ser provocadas por desastres naturales (como el caso del tsunami del 26 Diciembre 2004 en el sureste asiático o las inundaciones de Nueva Orleans de 2005), o también provocadas por los humanos (como los atentados terroristas del 11 de Septiembre de 2001 en Nueva York o el 11 de Marzo de 2004 en Madrid o las múltiples guerras y atentados que asolan el mundo). Además de las muertes y los traumas físicos que provocan estos sucesos, la población afectada por una situación de esta magnitud sufre una respuesta de estrés agudo ante el acontecimiento, que en ocasiones desembocará en un estrés post-traumático u otros trastornos psicológicos como depresión, pánico, abuso de sustancias, e incluso episodios psicóticos breves (Norris, Friedman y Watson, 2002; Norris, Friedman, Watson *et al.*, 2002; Katz, Pellegrino, Pandya, Ng y DeLisi, 2002; Norris y Elrod, 2006). Estas respuestas se observan tanto en la población directamente afectada por el acontecimiento, como en gran parte de la población general que no se ha visto amenazada físicamente, pero que a través de los medios de comunicación ha podido vivir la situación de forma vicaria (Schuster, Stein, Jaycox, Collins, Marshall, Elliott, *et al.*, 2001; Blanchard, Kuhn, Rowell, *et al.*, 2004).

Desde que el DSM-III incluyera el *trastorno de estrés post-traumático* (TEPT) (APA, 1980), el interés por las intervenciones psicológicas en sucesos traumáticos ha sufrido un crecimiento vertiginoso llegando a definir modelos psicopatológicos, técnicas de evaluación y estrategias de intervención eficaces (Foa, Keane y Friedman, 2000; Ursano *et al.*, 2004; Follete y Ruzek, 2006). La efectividad de la aplicación de la terapia cognitivo-conductual tras cierto tiempo de acontecido el suceso traumático se ha estudiado de manera amplia a través de ensayos clínicos aleatorios que, en la mayoría de las ocasiones comparan la efectividad diferencial de alguno de los componentes de la terapia cognitivo-conductual entre ellos o con listas de espera o terapias tradicionales o alternativas. En este sentido, Norris, Galea, Friedman y Watson (2006) señalan que los componentes de la terapia cogni-

tivo-conductual para el TEPT, que se asocian con los mayores efectos a largo plazo, son la reestructuración cognitiva y la técnica de exposición que, además, tienden a emplearse de manera conjunta. Sin duda la revisión más completa es la de Bisson y Andrew (2005) que en su revisión del área para la biblioteca Cochcrane identifican 29 estudios con características metodológicas adecuadas que parecen indicar la superioridad de la terapia cognitivo-conductual (TCC) —individual o grupal— y el control del estrés frente a las listas de espera u otras terapias tradicionales, aunque avisan de un número importante de abandonos en ambos grupos, especialmente en la TCC.

Por otro lado, las intervenciones en el *primer mes posterior al suceso traumático* —centradas en el trastorno de estrés agudo (APA, 2000)— han seguido un desarrollo paralelo, aunque más tardío y complejo, y la investigación parece llegar a conclusiones que apuntan en la misma dirección que la anterior. De hecho, muchas intervenciones a corto plazo son réplicas de las intervenciones post-traumáticas (Ursano *et al.*, 2004) y durante el primer mes tras el suceso traumático las intervenciones más empleadas han sido el debriefing psicológico y las técnicas cognitivo-conductuales (McNally, Bryant y Ehlers, 2003). Las intervenciones sobre el Trastorno por Estrés Agudo parecen estar ayudando a mitigar los efectos traumáticos a medio y largo plazo de sucesos como los accidentes de tráfico (Harvey y Bryant, 1998; Murray, Ehlers y Mayou, 2002), los asaltos (Brewin, Andrews, Rose y Kirk, 1999) y los tifones (Staab, Grieger, Fullerton y Ursano, 1996) entre otros.

Una situación más insegura se observa en la investigación sobre las intervenciones de *apoyo psicológico temprano*, tras las primeras horas posteriores al suceso traumático. Puede decirse que estamos ante el comienzo de un ámbito nuevo de aplicación e investigación que debe sistematizar las prácticas más efectivas en estos primeros momentos. A pesar de la incipiente investigación, las experiencias de intervención de apoyo psicológico inmediatamente posteriores a un suceso traumático señalan que, además de ayudar a soportar mejor los efectos de las situaciones, la intervención temprana podría resultar vital para evitar daños psicológicos en el futuro. Este artículo pretende revisar las principales líneas de actuación llevadas a cabo en este sentido y proponer un protocolo de primeros auxilios psicológicos diseñado para su aplicación en nuestro ámbito cultural y su uso para ser aplicado por personal de salud mental o para entrenar a otras personas en primeros auxilios psicológicos.

Necesidad y utilidad del apoyo psicológico temprano

Aunque la mayoría de los supervivientes de un suceso violento o desastre experimenta reacciones de estrés importantes en los momentos posteriores al suceso, una gran parte se recuperará de forma natural durante los siguientes tres meses (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson, 1995). De hecho, el resultado más frecuente de un suceso traumático es una adaptación que combina la asimilación de la experiencia en los esquemas cognitivos pre-existentes y una acomodación de aquellos aspectos que redefinen la propia identidad y las soluciones funcionales

específicas (Harvey, Stein y Olsen, 1995). En esta línea, Riggs, Rothbaum y Foa (1995) señalaban como tras sufrir un asalto la mitad de los hombres y casi 3 de cada 4 mujeres presentan síntomas del Trastorno de Estrés Post-traumático a los 19 días de ocurrido el suceso, cuatro meses después las cifras bajaban al 0% en hombres y al 21% en mujeres. El mismo grupo indica que en el caso de asaltos sexuales las cifras son del 94% a las dos semanas y del 47% a las once semanas (Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock y Walsh, 1992). En el caso de los atentados del 11 de marzo en Madrid diversos trabajos parecen señalar la misma dirección (Muñoz, Crespo, Pérez-Santos y Vázquez, 2004a, 2004b, 2005; Miguel-Tobal, Cano, Iruarrizaga, González y Galea, 2004; Vázquez, Pérez-Sales y Matt, 2006), en todos los casos se encuentra una bajada muy importante en la incidencia de sintomatología post-traumática durante el primer año. Estos datos parecen indicar que muchas personas superarán los sucesos traumáticos con sus propios recursos psicológicos y sociales. En este sentido, la intervención inmediata deberá centrarse en la activación de los recursos personales y sociales de los afectados para paliar el sufrimiento y facilitar los procesos de recuperación natural. Sin embargo, hay otros grupos de personas que posiblemente precisen de una actuación más específica, son aquellos que muestran respuestas de estrés agudo extremas durante el suceso y aquellos con factores de riesgo relacionados con procesos de salud mental adversos. En las Tablas 1 y 2 se recogen las reacciones de estrés agudo extremas y los factores de riesgo asociados con consecuencias adversas en la salud mental que han sido identificados hasta el momento (Young, 2006). Como se puede observar las reacciones de estrés se acercan a los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (APA, 2000) para el Trastorno de Estrés Post-traumático y Trastorno de Estrés Agudo, y los factores de riesgo se agrupan en factores previos, inherentes al suceso y posteriores al mismo.

Tabla 1

Reacciones de estrés agudo extremas (Young, 2006)

- Deterioro en el funcionamiento básico debido a la ansiedad extrema.
- Sintomatología disociativa, que incluyen las experiencias de los supervivientes de distancia emocional, desrealización, despersonalización y sensación de estar como en un sueño.
- Emociones prolongadas, intensas e incontrolables de malestar (percibidas objetiva o subjetivamente).
- Prolongada imposibilidad de dormir o comer, o auto-negligencia en los cuidados básicos.
- Deterioro extremo de las capacidades cognitivas: confusión, pobre concentración, pobre capacidad de toma de decisiones.

Tabla 2

Factores de riesgo asociados con consecuencias adversas en la salud mental con evidencia empírica (Young, 2006)

Factores anteriores al desastre	<ul style="list-style-type: none"> • Sexo femenino • Edad comprendida entre los 40 y 60 años • Miembros de un grupo étnico minoritario • Pobreza o clase socioeconómica baja • Presencia de niños desprotegidos en casa • Historia psiquiátrica
Factores durante el desastre	<ul style="list-style-type: none"> • Duelo • Daños • Gravedad de la exposición al suceso • Reacciones traumáticas durante el suceso como el pánico • Horror • Vida amenazada
Factores posteriores al desastre	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro de los recursos • Desplazamientos • Deterioro del apoyo social • Malestar marital • Pérdida de la casa, propiedades y finanzas • Disminución del apoyo social percibido • Alienación y desesperanza • Evitación del afrontamiento
Otros factores	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción negativa de las respuestas de otras personas • Percepción negativa de los síntomas • Exageración de la probabilidad futura del trauma • Atribuciones catastrofistas acerca de la responsabilidad • Estresores secundarios

Acercamientos al apoyo psicológico temprano

En los últimos años se han llevado a cabo revisiones importantes y sistemáticas de los principales acercamientos a la intervención temprana (Reyes y Elhai, 2004; McNally, Bryant y Ehlers, 2003; Gibson, Hamblen, Zvolensky y Vujanovic, 2006) publicándose incluso manuales y materiales de formación (American National Red Cross, 1995; Cohen, 2000; De Wolfe, 2000; Myers, 1994; Raphael, 2000; Colegio Oficial de Psicólogos, 2001; Simonsen y Reyes, 2003; García-Vera, Labrador y Crespo, 2006). Sus resultados son hasta cierto punto coherentes y, desde luego, ayudan a entender el estado de la cuestión en nuestros días. De acuerdo a estos trabajos pueden clasificarse las distintas intervenciones en los siguientes cuatro enfoques principales:

1. *Intervención en crisis*: De forma lógica uno de los primeros acercamientos a la intervención temprana proviene directamente de la intervención en crisis (Roberts, 2000). El primer objetivo de la intervención en crisis es asegurar la seguridad del afectado y después ayudar a la persona a alcanzar un nivel de funcionamiento autónomo adecuado. Para lograr este objetivo se requiere desarrollar una relación de apoyo, identificar las quejas principales, evaluar los recursos personales y sociales de la persona, articular alternativas viables para alcanzar los objetivos más inmediatos, y, por último, lograr un compromiso de cambio firme por parte del afectado y de los organismos involucrados, para seguir el plan trazado. Será necesario, en el proceso de reducción de la crisis, un seguimiento del plan de recuperación para ajustar los objetivos (Roberts, 2000).

La intervención en crisis se diferencia de la psicoterapia en muchos sentidos. En primer lugar, la psicoterapia requiere más tiempo de intervención y mayor dedicación que la intervención en crisis. La función de esta última intervención es trazar con el afectado una estrategia de planificación para su recuperación, con expectativas de cambios realistas y basados en la construcción de pequeños pasos graduales. Aquellos casos en los que una persona muestre un grave malestar posterior al suceso deben ser derivados a un servicio de salud mental especializado, que realice un control y seguimiento de la sintomatología de la persona. Aunque las habilidades de intervención en crisis resultan de especial importancia en la intervención temprana, es un enfoque mucho más amplio que se refiere a todo tipo de crisis personales (divorcio, jubilación, etc.) no solamente traumáticas o agudas.

2. *Intervenciones educativas*: Después de un desastre la confusión, la aprensión acerca del futuro y el miedo ante las propias reacciones pueden convertirse en una de las fuentes más importantes de malestar y estrés. Es importante que las personas afectadas tengan la capacidad de predecir los acontecimientos futuros y conozcan sus reacciones normales al estrés, lo que redundará en la reducción de la ansiedad anticipatoria y favorecerá la capacidad de las personas para planificar y desarrollar habilidades de afrontamiento. El objetivo de la psicoeducación incluye la reducción de la confusión en los

afectados y de la sensación que padecen de desamparo. La psicoeducación está diseñada para movilizar este tipo de capacidad predictiva y preparar a los afectados y sus comunidades para responder de forma proactiva y efectiva al suceso y reducir de este modo el impacto psicológico negativo de la experiencia.

En este sentido, el modelo de intervención psicoeducativa emplea la difusión de folletos informativos entre la población afectada, en los que se describen las respuestas de estrés agudo y crónico. Por otro lado, se realizan discusiones públicas con profesionales de salud mental y se difunde esta información a través de los medios. Este tipo de actividades tienen un papel fundamental en la prevención de los efectos de los sucesos traumáticos y resultan de utilidad incluso en los propios momentos posteriores al suceso pero no pueden englobar todas las estrategias útiles en la intervención temprana (v.g. relajación).

3. «*Debriefing*» psicológico: La idea principal del *debriefing* reside en la hipótesis de que los supervivientes de un desastre se beneficiarán del hecho de relatar a otros los detalles de su experiencia. Las técnicas de *debriefing* provienen de las misiones del ejército norteamericano que incluía sesiones de *briefing* o preparación de las misiones y, posteriormente, sesiones grupales que los miembros de un equipo realizaban al volver de la misión (por ejemplo, misiones aéreas). En estas sesiones se abordaban temas tácticos, pero pronto se comenzaron a incluir aspectos psicológicos en algunas de estas sesiones de grupo, a estas últimas se las denominó sesiones de *debriefing*. Mitchell (1983) comenzó a aplicar la técnica empleada por el ejército a profesionales que efectúan misiones de rescate o atención en situaciones de desastre o emergencia (bomberos, policías, etc.) y como tal debe conceptualizarse. Los modelos más sistematizados de *debriefing* son el Critical Incident Stress Debriefing (CISD, Mitchell, 1983) y el desarrollado por la Cruz Roja Americana o modelo de *debriefing* con múltiples estresores (Armstrong, Zatzick, Metzler, Weiss, Marmar, Garma, et al. 1998).

El *debriefing* psicológico es una intervención semiestructurada que puede aplicarse tanto en formato individual como grupal. Se diseñó para facilitar el procesamiento emocional y promover la restauración de la normalidad de un suceso traumático y consiste en revisar, de forma semiestructurada, el suceso traumático. Los métodos de *debriefing* tienen en común realizar una discusión estructurada acerca de un suceso traumático en potencia con la intención de aliviar el estrés de forma inmediata y reducir dificultades a largo plazo. Los distintos métodos difieren en el énfasis que otorga el profesional de salud mental (con un objetivo específico como en el TEPT, o uno más general como en el manejo del estrés) y en el uso de formatos individuales o grupales. La mayor parte de las intervenciones que se producen a lo largo del primer mes tras el suceso traumático se han denominado erróneamente *debriefing*. Este hecho ha creado una cierta confusión al respecto que ha sido puesta de manifiesto en una reciente conferencia de consenso del Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH, 2002). En la actualidad, el

término se ha reservado para aquellas intervenciones que emplean algún sistema establecido de *debriefing* (principalmente el CISD).

Su generalización al ámbito de las víctimas ha supuesto un salto cualitativo y, aunque muy empleado por distintos organismos de atención a víctimas, no ha reunido la evidencia suficiente en estos grupos de población llegando a generar incluso efectos adversos (Deahl, 2000; Mitchell y Everly, 2001; Rose, Bisson, y Wessely, 2001; Norris *et al.*, 2006). Para paliar esta posible falta de efectividad los autores han desarrollado una estrategia más completa denominada CISM (critical incident stress management) (Everly y Mitchell, 1999) que engloba el *debriefing* en un paquete más amplio de estrategias que incluyen relajación, técnicas cognitivas, etc. y que parece mejorar sensiblemente la eficacia al ofrecer una intervención temprana, que aumenta el apoyo social, que ofrece la oportunidad de expresar emociones y pensamientos, mejora las habilidades de afrontamiento y educa sobre los efectos del estrés y su manejo (Everly y Mitchell, 2000). Sin embargo, este acercamiento se encuadra mejor en el enfoque de la terapia cognitivo conductual que se revisa a continuación.

Una variante del *debriefing* lo constituye el *defusing* (descarga) (Mitchell y Everly, 1996), la técnica principal en el *defusing* es verbalizar las reacciones de estrés (p.ej. desahogo emocional o ventilación) con el fin de promover una comunicación constructiva y motivar los ajustes adecuados. Se trata de una técnica más inmediata, breve e informal que el *debriefing*. Mientras que el *debriefing* se centra en el procesamiento de reacciones ante un suceso que ya se han comenzado a asimilar, el *defusing* se centra en sucesos presentes. Por tanto, parece más ajustada al uso en las intervenciones tempranas, aunque los estudios sobre su efectividad indican los mismos problemas que el *debriefing*.

4. *Terapia cognitivo conductual*: El enfoque de intervención temprana que se ha empleado en mayor medida en los últimos años y del que se ha estudiado mejor su efectividad empíricamente, es la terapia cognitivo-conductual. La evidencia acumulada en este tipo de intervenciones por este enfoque hasta el momento no es muy sólida y en su mayor parte proviene de los estudios con estrés post-traumático (p.e. Foa y Rothbaum, 1998; Echeburua, Del Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996) o estrés agudo (Bryant, Harvey, Dang, Sackville y Basten, 1998). En este sentido, en un trabajo de revisión muy completo Norris, *et al.* (2006) indican que los componentes de la terapia cognitivo-conductual más eficaces para el TEPT, son la reestructuración cognitiva y las técnicas de exposición empleados de manera conjunta y que, a pesar de las limitaciones, puede resumirse que la evidencia acumulada por la terapia cognitivo-conductual ha identificado algunos elementos eficaces en la intervención temprana, son los siguientes: psico-educación, técnicas de manejo de la ansiedad, técnicas de exposición y reestructuración cognitiva (Norris *et al.*, 2006; Bisson y Andrew (2005). Este tipo de intervención no ha desarrollado hasta el momento intervenciones tempranas, de hecho son muy pocas las intervenciones que logran reducir el margen del primer mes tras el

suceso traumático. Aún con estas limitaciones, la evidencia parece apuntar que la aplicación de una intervención de este tipo a personas con estrés agudo, a las dos semanas del suceso traumático, reduce la probabilidad de los participantes de desarrollar un TEPT ante distintos tipos de sucesos (McNally, Bryant y Ehlers, 2003). En general, las intervenciones tempranas cognitivo-conductuales han seguido una metodología más rigurosa que las intervenciones empleando debriefing, y sus resultados son más prometedores por lo que parece muy aconsejable su consideración en los protocolos de primeros auxilios.

Primeros Auxilios Psicológicos (PAP)

Definición

Aunque se puede pensar que el término PAP es de reciente creación y de significado evidente, lo cierto es que proviene de la II Guerra Mundial (Blain, Hoch y Ryan, 1945) y la evolución de su uso ha sido relativamente confusa hasta el momento (Jacobs y Meyer, 2006; Raphael, 2003). Los PAP han derivado de la intervención en crisis, del trabajo con debriefing en catástrofes y, en general, de la intervención post-traumática, aunque de forma paralela tienen una influencia muy evidente de la medicina de emergencias y de los primeros auxilios sanitarios (Wilson, Raphael, Meldrum, Bedosky, y Sigman, 2000). En este sentido los PAP tienen como principales objetivos los de reducir el riesgo de daño, estabilizar el malestar psicológico, y facilitar ayuda práctica como por ejemplo conectar a la persona afectada con los recursos personales, sociales o profesionales necesarios (Litz, Gray, Bryant y Adler, 2002). Se pretende con estos auxilios, conectar emocionalmente con la persona, reducir el impacto emocional de los sucesos y valorar hasta que punto se precisa una intervención psicológica más intensa. En nuestra opinión, los PAP más que una alternativa o un enfoque novedoso, deben considerarse como una integración de los cuatro enfoques anteriores para optimizar la intervención temprana o de urgencia psicológica. De esta forma, se podrían definir los PAP *como un grupo de intervenciones psicológicas tempranas, breves y prácticas orientadas a paliar y prevenir los efectos psicológicos de los sucesos traumáticos a corto, medio y largo plazo*. Es decir, los PAP no se pueden identificar con la intervención en crisis, aunque toman muchas estrategias y habilidades de este enfoque, tampoco pueden identificarse con el debriefing o defusing, aunque pueden emplear estrategias de expresión emocional en ciertos casos y de procesamiento de los sucesos, toman técnicas concretas de la terapia cognitivo-conductual aunque no llegan a suponer una estrategia de psicoterapia (no hay evaluación en sentido estricto, diagnóstico o tratamiento). Por otro lado, los PAP son algo más que el mero apoyo psicológico que pudieran ofrecer los familiares, amigos u otros profesionales, los objetivos, técnicas y estrategias están estructurados y sometidos a investigación empírica.

Tabla 3

Intervenciones de apoyo psicológico y momento de actuación después del suceso

		Intervenciones de apoyo psicológico	
		Facilitada por <i>profesionales de salud mental</i>	Facilitada por personas <i>no profesionales</i> de salud mental
Momento posterior al suceso	Intervención <i>temprana</i> (primeras horas posteriores al suceso)	Primeros auxilios psicológicos	
	Intervención a <i>corto-medio plazo</i> (en el primer mes posterior suceso)	Intervención en crisis	Apoyo social y colaboración en la terapia
	Intervención a <i>largo plazo</i> (después del primer mes posterior el suceso)	Intervenciones clínicas habituales	

La Tabla 3 recoge un cuadro explicativo de las intervenciones psicológicas y el momento de actuación después del suceso. Se observa cómo las intervenciones de apoyo psicológico pueden facilitarse por parte de profesionales de salud mental y por parte de personas no profesionales de salud mental suficientemente entrenados (voluntarios entrenados, familiares, otros profesionales sanitarios, etc.). Por otro lado, estas intervenciones de apoyo psicológico pueden dispensarse en las primeras horas posteriores al suceso (intervención temprana), en el primer mes posterior al suceso (intervención en crisis), y después del primer mes posterior al suceso (intervención clínica habitual). Obviamente, las intervenciones de salud mental, a lo largo de los distintos momentos posteriores al suceso, serán dispensadas por profesionales de salud mental. Sin embargo, debido a las características especiales de las intervenciones en los momentos inmediatamente posteriores a los sucesos traumáticos que hacen que sea complejo disponer de personal técnico entrenado en el lugar de los hechos de forma inmediata, se aconseja el que las intervenciones de apoyo psicológico tempranas (primeros auxilios psicológicos) pudieran dispensarse tanto por profesionales de salud mental como por personas no profesionales de salud mental convenientemente entrenados (otros profesionales sanitarios, policías, bomberos, trabajadores sociales, familiares, etc.).

Principios básicos de los PAP

Si se reconoce que el objetivo principal de las intervenciones tempranas es mejorar la calidad del contexto de recuperación de los supervivientes pueden señalarse una serie de principios generales que debe seguir la intervención temprana (Orner *et al.*, 2006):

- Debe crear una visión positiva hacia la salud mental y facilitar una continuidad y seguimiento de este tipo de apoyo.
- Significa el comienzo de un proceso que continuará a largo plazo con intervenciones más especializadas para aquellas personas identificadas como de riesgo o que necesiten dicho seguimiento.
- Facilitará un registro de aquellas personas afectadas y, con su consentimiento, dicha intervención facilitará la búsqueda activa y seguimiento de los afectados.
- Promoverá una función formativa sobre habilidad de afrontamiento, resultados positivos esperados y pautas para que los afectados sepan cuándo necesitan ayuda profesional y sepan solicitarla.

Las intervenciones tempranas y los PAP deben tener en cuenta a la hora de ponerse en marcha, que los supervivientes mantienen tanto capacidades individuales como colectivas. El objetivo del apoyo inicial será consolidar estas capacidades naturales y facilitar ayuda adicional para su recuperación. En definitiva, los PAP reforzarán el empoderamiento de los supervivientes y no sustituirán o interferirán en el proceso natural de adaptación y ajuste de cada persona.

Everly y Mitchell (1999) ayudan a configurar este tipo de intervención haciendo patentes los *siete secretos* de la intervención de primeros auxilios y crisis, son los siguientes:

1. Recordar el contexto: la intervención en crisis y los PAP no son psicoterapia.
2. Alinearse psicológicamente (características de personalidad y de la situación) con la víctima es el primer paso hacia la resolución de la crisis.
3. Utilizar el sentido común: utilizar estrategias sencillas, breves y prácticas.
4. Reconocer la toxicidad de las crisis: conocer los procesos de generalización de las crisis y sus antídotos.
5. Formular un plan: integrar los intereses de la persona en los planes de recuperación.
6. Activar e integrar en el proceso de recuperación los elementos de auto-curación y recursos personales y sociales de la víctima.
7. Integrar en el proceso los intereses personales, las estrategias auto-curativas y otros posibles elementos de recuperación.

En este sentido es de gran utilidad el modelo de Shalev y Ursano (2003) sobre las fases de las reacciones adaptativas ante situaciones traumáticas y las respuestas de los distintos agentes implicados. Este modelo se fundamenta sobre los

estudios de intervenciones eficaces combinados con un fuerte marco conceptual lo que le dota de una gran potencia explicativa y valor como marco organizador de intervenciones e investigación. La Tabla 4 muestra las respuestas posibles de

Tabla 4
Fases y respuestas de cambio a los desastres o violencia masiva
(Shalev y Ursano, 2003)

	Fase de impacto	Fase de rescate	Fase de recuperación	Regreso a la vida
<i>Estresor principal</i>	Intervenir para alcanzar la integridad física y psicológica	Realidad externas e internas nuevas	Aprender sobre las consecuencias del suceso	Incongruencia entre recursos internos y demandas externas
<i>Objetivo de comportamiento concretos</i>	Supervivencia	Ajuste a la nueva realidad	Evaluación y planificación	Re-integración
<i>Tareas psicológicas</i>	Respuestas de estrés primarias	Alojamiento	Asimilación	Practicar e implementar el cambio
<i>Patrón de conducta destacado</i>	Conflicto, congelamiento, abandono	Resiliencia vs. agotamiento	Evaluación del duelo, memorias intrusitas, formación de narrativas	Ajuste vs. evitación fóbica, depresión y PTSD
<i>Papel de los ayudantes</i>	Rescatar y proteger	Orientación y facilitar las necesidades primarias	Presencia, responsividad e interacción sensitiva	Continuidad de cuidados concretos y simbólicos
<i>Papel de los profesionales</i>	Asegurar las necesidades básicas, planificar las fases adecuadas de apoyo psicosocial	Ofrecer ayuda flexible y apoyo de acuerdo a las preferencias de los supervivientes, reconociendo tanto la resiliencia como las necesidades cambiantes	Interlocutor	Diagnóstico y terapia

los supervivientes durante las fases de impacto, rescate, recuperación y regreso a la vida tras un desastre o suceso traumático. Se puede observar como las intervenciones y/o acciones son distintas en función del momento de la intervención, del agente que las realiza y de los procesos psicológicos o comportamientos implicados.

Protocolos de primeros auxilios psicológicos

Los PAP se ofrecen en situaciones de emergencia, muy frecuentemente en escenarios de gran desorganización e incluso caóticos. Sin embargo, los psicólogos o las personas encargadas de llevarlos a cabo deben permanecer serenas y mantener un alto grado de organización de su comportamiento. Además las situaciones de emergencia por sus características propias son agudas y con cambios rápidos en su evolución lo que hace muy compleja la actuación del psicólogo que con frecuencia no dispone de tiempo suficiente para llevar a cabo una evaluación psicológica y una planificación de la intervención de forma habitual o, al menos, con suficiente detalle. Para paliar en la medida de lo posible este tipo de dificultades un número importante de autores ha propuesto distintos protocolos o formas de organización de los PAP. Jacobs y Meyer (2006) revisan de forma muy completa los distintos modelos de PAP recogidos en la literatura científica en los últimos años. En la Tabla 5 se incluyen los recogidos por Jacobs y Meyer y algunos otros que resultan relevantes y se resumen los componentes principales de cada uno de estos modelos.

Como puede observarse en la tabla los resultados son muy similares y desde los trabajos pioneros de Singer (1982) o Raphael (1986), hasta los más recientes de revisión de Orner *et al.*, (2006) los distintos protocolos tienen mucho en común.

Son especialmente interesantes y se revisan de forma más específica los protocolos del NIMH (2003) y de Young (2006) por su valor heurístico y de resumen e integración de formas de actuación.

En primer lugar, la revisión más completa y específica en esta área posiblemente sea la realizada por el panel de expertos en violencia de masas del Instituto de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH, 2002) que describen una serie de puntos clave en la intervención psicológica con supervivientes de un suceso traumático durante la primera semana posterior al suceso. Siempre que sea posible, la implementación de estos puntos clave se consultará con los supervivientes y se seguirán cuidadosamente los juicios de los clínicos, para asegurar que las actuaciones van encaminadas a satisfacer las necesidades actuales de las personas implicadas.

Los puntos clave de esta propuesta se resumen a continuación:

1. Necesidades básicas:
 - 1.1. Facilitar seguridad.
 - 1.2. Facilitar comida y alojamiento.
 - 1.3. Establecer comunicación con la familia, amigos y comunidad.
 - 1.4. Evaluar el ambiente para futuras amenazas.

Tabla 5
Revisión de los Modelos de Primeros Auxilios Psicológicos

Autor y Año	Pasos o componentes del modelo de PAP
Singer, 1982	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adoptar una actitud sensible, simpática y flexible ante la gran variedad de reacciones que puedan surgir. 2. Asegurarse de que los supervivientes heridos y asustados no se queden solos, y particularmente que los niños no permanezcan separados de sus padres. 3. Realizar gestos y señales de naturaleza simple y práctica que comuniquen psicológicamente a los supervivientes que están siendo cuidados (p.ej. facilitar mantas, alimentos y bebida). 4. Fomentar la expresión verbal de sentimientos asociados con la experiencia del desastre. 5. Ofrecer tranquilidad. 6. Transmitir a los supervivientes, seres queridos, y a los medios, información precisa y de forma responsable, además de disipar los rumores que puedan ir surgiendo. 7. Derivar a los profesionales de salud mental a aquellas personas que muestren un comportamiento anormal, violento, o autodestructivo. Derivar a estas personas a un centro para que reciban un tratamiento especial y así minimizar que influyan negativamente en otros. 8. Enunciar las instrucciones de manera confidencial y sencilla de seguir. 9. Animar a los supervivientes a que participen lo antes posible en tareas sencillas y útiles, lo que además supone una ayuda adicional para la propia situación de desastre.
Raphael, 1986	<ol style="list-style-type: none"> 1. Confortar y consolar. 2. Proteger de futuras amenazas. 3. Satisfacer de manera inmediata las necesidades físicas. 4. Ayudar a que las personas afectadas se involucren en el proceso de recuperación colectivo dirigiendo su comportamiento hacia un objetivo. 5. Promover la reunificación de las personas queridas que se separaron durante el suceso. 6. Apoyar de forma individual a las personas que tienen que identificar los cuerpos de sus seres queridos. 7. Aceptar el desahogo o ventilación emocional. 8. Estructurar una rutina a las personas para dar una sensación de orden. 9. Promover redes de grupos de apoyo. 10. Identificar y derivar a aquellas personas que necesiten un cuidado profesional en salud mental. 11. Asegurar que las personas están recibiendo los cuidados y apoyos necesarios.
Walker, 1990	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprender el suceso y sus estresores significativos. 2. Evaluar la respuesta de los afectados. 3. Formar a los afectados acerca de las reacciones de estrés y dolor. 4. Facilitar a los afectados habilidades realistas de afrontamiento. 5. Desarrollar un plan de respuesta que movilice a las personas. 6. Fomentar un buen auto-cuidado físico. 7. Reforzar el uso de las redes de apoyo social de los afectados. 8. Realizar las derivaciones apropiadas. 9. Realizar un seguimiento.

Everly y Mitchel, 1999	(Modelo SAFER) <ol style="list-style-type: none"> 1. Estabilización de la crisis 2. Evaluación y conocimiento de la crisis 3. Facilitar la comprensión de la crisis 4. favorecer el afrontamiento adaptativo 5. Restaurar el comportamiento adaptativo e independiente o derivar a otro servicio.
Wiger y Harowski, 2003	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intervención inmediata 2. Establecer rapport con la persona 3. Evaluación 4. Toma de decisiones y acción 5. Utilizar fuentes de derivación
Ritchie, 2003	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proteger a los supervivientes de un daño futuro. 2. Reducir la sobreactivación psicológica. 3. Movilizar el apoyo hacia aquellos que se muestran con mayor malestar. 4. Mantener a las familias juntas y potenciar la reunificación entre los seres queridos. 5. Facilitar información, potenciar la comunicación y la educación. 6. Emplear técnicas de comunicación de riegos que sean efectivas.
Orner <i>et al.</i> , 2006	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilitar a los supervivientes las necesidades básicas y confort (p.ej. líquidos, alimentos, alojamiento, ropa y las condiciones de temperatura idóneas – calefacción, etc.). 2. Ayudar a los supervivientes para que logren un sueño reponedor. 3. Reservar una zona de convivencia segura en el que se proteja el espacio personal básico (p.ej. privacidad, descanso, efectos personales). 4. Facilitar contactos sociales regulares (p.ej. pequeñas tertulias sobre los sucesos acontecidos). 5. Detectar de forma inmediata problemas de salud físicos o un aumento de enfermedades anteriores. 6. Ayudar en la localización de los seres queridos y amistades y verificar que están a salvo. 7. Reunificar a los supervivientes con sus seres queridos, amistades, y personas de confianza. 8. Ayudar a los supervivientes a que den pasos prácticos para vivir día a día (p.ej, rutinas diarias). 9. Ayudar a los supervivientes a que den pasos prácticos para resolver problemas inmediatos causados por el desastre (p.ej. pérdida de su vehículo). Tener en cuenta las preferencias étnicas y culturales. 10. Facilitar la asunción de roles familiares, comunitarios, laborales y escolares. 11. Aportar oportunidades para superar el dolor por las pérdidas sufridas. 12. Ayudar a los supervivientes a reducir sus problemas de tensión, ansiedad y abatimiento. 13. Asesorar a las personas que participen en la recuperación psicológica de los supervivientes en el entrenamiento en técnicas de manejo del estrés.

2. Intervenciones psicológicas tempranas:
 - 2.1. Proteger a los supervivientes de daños futuros.
 - 2.2. Ayudar a que los supervivientes reduzcan su nivel de activación y ansiedad.
 - 2.3. Ofrecer apoyo a aquellos con mayor malestar.
 - 2.4. Mantener a las familias juntas y facilitar la reunificación de los seres queridos y amigos.
 - 2.5. Facilitar información y promover la comunicación y la formación.
 - 2.6. Emplear técnicas efectivas de comunicación de riesgos.
3. Evaluación de necesidades y detección (screening):
 - 3.1. Evaluar las necesidades de los supervivientes.
 - 3.2. Determinar si las necesidades inmediatas están siendo satisfechas.
 - 3.3. Aumentar la recuperación inmediata del entorno.
 - 3.4. Considerar si son necesarias intervenciones adicionales para ciertos grupos o comunidades.
4. Rescate y recuperación:
 - 4.1. Observar, escuchar y consultar a las personas más afectadas.
 - 4.2. Supervisar el ambiente por la posibilidad de nuevas amenazas y estresores.
 - 4.3. Supervisar amenazas pasadas y futuras.
 - 4.4. Supervisar que los servicios se están ofreciendo.
 - 4.5. Supervisar la información que ofrecen los medios y dispersar los rumores.
5. Búsqueda activa e información:
 - 5.1. Utilizar las estructuras comunitarias ya establecidas.
 - 5.2. Distribuir folletos informativos.
 - 5.3. Crear nuevas páginas Web.
 - 5.4. Participar en entrevistas en los medios y en programas de información pública.
6. Asistencia técnica, consejo y entrenamiento:
 - 6.1. Mejorar la capacidad de las organizaciones y de los cuidadores para facilitar lo necesario para reconstruir las estructuras comunitarias, apoyar la recuperación de las familias y proteger las infraestructuras comunitarias.
 - 6.2. Ofrecer asistencia técnica, consejo y entrenamiento a distintos grupos (p.ej. grupos de respuesta profesionales, voluntarios, líderes) que estén involucrados en la respuesta al desastre.
7. Resiliencia, afrontamiento y recuperación:
 - 7.1. Facilitar la interacción social en los niveles familiares, grupales y comunitarios.
 - 7.2. Ofrecer módulos estructurados con entrenamiento en habilidades de afrontamiento y en procedimientos para realizar evaluaciones de riesgos.
 - 7.3. Facilitar formación en respuestas de estrés, reducción del impacto de un trauma reciente, y diferenciación entre un funcionamiento normal y uno anormal.

- 7.4. Facilitar formación a los supervivientes sobre los factores de riesgo potenciales para desarrollar una psicopatología e informar a los supervivientes acerca de los servicios de apoyo disponibles y cómo acceder a los mismos.
- 7.5. Reconstruir las organizaciones para que estén operativas.
8. Necesidad inmediata: *Triage*
 - 8.1. Realizar la evaluación clínica.
 - 8.2. Derivar a los supervivientes a los programas de cuidados a largo plazo cuando sea necesario.
 - 8.3. Identificar personas y grupos vulnerables y de mayor riesgo.
 - 8.4. Facilitar la hospitalización de emergencia si es necesario.
9. Tratamiento:
 - 9.1. Reducir o aminorar los síntomas para mejorar el funcionamiento empleando psicoterapias individuales, familiares y grupales.
 - 9.2. Tener en cuenta la utilización de psicofármacos.
 - 9.3. Ofrecer y facilitar apoyo espiritual.
 - 9.4. Facilitar hospitalización de corta y larga estancia.

En segundo lugar, podría servir de resumen la propuesta integradora de Young (2006) que realiza una descripción detallada de las intervenciones de apoyo psicológico tempranas. El autor plantea tres supuestos y cómo debe reaccionar el profesional en cada caso:

1. Si fuera necesario, ayudar en primer lugar a que las personas estén seguras y se les aporte el apoyo básico: El cuidado físico es también cuidado psicológico. Se trata de facilitar alimentos, alojamiento, etc.
2. Si fuera necesario, reducir reacciones extremas de estrés agudo. Para ello el profesional realizará dos tipos de intervenciones:
 - a. Intervención para estresores traumáticos específicos:
 - i. Pérdida de un ser querido: debe respetarse las reacciones de los afectados. En ocasiones, la evitación sirve para afrontar el dolor.
 - ii. Exposición a estímulos traumáticos. proteger a lo afectados de la exposición a olores del desastre, cuerpos muertos, etc.
 - iii. Pérdida de recursos. Esta pérdida causa grave malestar y se deben satisfacer las necesidades prácticas y conectar cuanto antes a los afectados a los recursos rehabilitadores.
 - iv. Re-experimentación: Los pensamientos de malestar intrusivo son una de las causas de las reacciones de estrés agudo. En esta situación resulta útil guiar el pensamiento de los afectados hacia el momento presente.
 - v. Aproximaciones cognitivas, El malestar de los afectados está relacionado con las capacidades de afrontamiento. Conviene que los profesionales detecten las distorsiones cognitivas de los afectados, en cuanto al miedo, abandono, culpa, enfado. Resulta útil emplear la reestructuración cognitiva breve.

- b. Intervención para reducir el nivel de activación (arousal): Las intervenciones recomendadas para reducir las reacciones relacionadas con el estrés son:
 - i. Técnicas de relajación.
 - ii. Psicoeducación.
 - iii. Técnicas cognitivas.
 - iv. Psicofarmacología (obviamente no podrá ser administrada por el psicólogo pero debe conocerse su utilidad y recomendaciones de uso en este tipo de situaciones)¹
3. Si fuera necesario, poner en contacto a los supervivientes con los recursos rehabilitadores, a través de dos vías:
 - a. Ayuda activa con resolución problemas: Consiste en ayudar a los afectados a obtener los alimentos, líquidos, ropa, medicamentos, traslado a un alojamiento, a los servicios de salud mental de emergencia, o a conectarlos con su red social (familia, amigos, etc.).
 - b. Derivaciones a salud mental: Se derivarán a las personas que necesiten una intervención en crisis inmediata (ideación suicida, sintomatología psicótica, reacciones de pánico), y a los que estén en riesgo de padecer problemas de salud mental a largo plazo. Dado que en este tipo de situaciones, este segundo grupo puede ser difícil de detectar por la sobrecarga de los sistemas de salud mental, se emplearán folletos informativos para los afectados en las que se expliquen las señales peligrosas que indican sintomatología psicopatológica, además de los recursos a los que deben acudir en caso de presentarlos.

En resumen, los modelos revisados comparten gran parte de sus componentes fundamentales, caben resaltar los siguientes:

- Proteger: Todos indican la importancia de proteger a la persona y ofrecerle un alojamiento, alimento, líquidos, etc.
- Poner en contacto: También se señala la necesidad de informar y poner en contacto a la persona con los servicios sociales y sanitarios que requiera. Además, se indica igualmente la conveniencia de poner en contacto a la persona con sus seres queridos lo antes posible.
- Expresión de sentimientos: Muchos de los protocolos revisados se centran en fomentar la expresión verbal de sentimientos asociados al suceso traumático. Debe indicarse que muchos otros también señalan la conveniencia de respe-

¹ En este sentido debe señalarse la directriz del Centro Nacional para el Estrés Post Traumático de los Estados Unidos que recomienda la no utilización de fármacos durante las primeras 48 horas después del suceso para favorecer los procesos de recuperación personales y reducir la disociación. Si se fracasase en el control con estrategias psicológicas pueden emplearse benzodiazepinas para el control de casos agitados ansiosos o haloperidol para casos de agitación psicótica. No se conocen fármacos con efectos anti traumáticos específicos para estas situaciones (Young, Ford, Ruzek, Friedman y Gusman, 1998).

tar los deseos y el estilo personal de cada persona a la hora de promover la expresión de sentimientos.

- Activar a las personas: Todos los protocolos de una forma u otra animan a las personas afectadas a que participen en tareas y reanuden su rutina lo antes posible.
- Control del estrés: Todos los autores insisten en la necesidad de mantener el malestar de la persona dentro de unos límites razonables. En este sentido se facilitan estrategias de afrontamiento del estrés y técnicas de reducción de la sobreactivación psicológica.

Protocolo ACERCARSE

Durante los últimos años se han vivido en nuestro país diversos sucesos de violencia o victimización masiva en los que un número importante de personas se han visto afectadas y han precisado y exigido una atención inmediata e integral, por tanto, los psicólogos y los autores de este trabajo particularmente se han visto cada vez más implicados en este tipo de atención. Igualmente, los autores han colaborado en la formación y asistencia psicológica en distintos marcos internacionales (por ejemplo, la guerra en la antigua Yugoslavia, el huracán Mitch en Nicaragua, el terremoto de El Salvador o el tsunami en la India). Y durante los últimos 5 años vienen desarrollando una labor de difusión y formación en la Escuela de Verano de la UCM con un curso sobre intervención psicológica en desastres y emergencias en el que han colaborado todas las entidades públicas y privadas de relevancia en el tema y se ha formado ya una generación de profesionales de intervención temprana en este tipo de situaciones. En este marco se identificó la necesidad de contar con protocolos de actuación adaptados a nuestro contexto cultural (la mayoría de los existente provienen de un marco anglosajón) que pudieran servir como referencia en la intervención temprana en nuestro país y países culturalmente próximos. Con esta meta se diseñó el protocolo de intervención ACERCARSE (Muñoz, 2004; Muñoz 2006) que tiene como objetivo principal el de servir para organizar la intervención de los Primeros Auxilios Psicológicos y ofrecer unas directrices de actuación que faciliten el trabajo del profesional en este ámbito. Es un protocolo para adultos y de uso individual por profesionales de la salud mental. El psicólogo puede seguir estas líneas con mayor o menor adherencia pero siempre comprendiendo que cada caso requiere de un acercamiento individualizado que permita ajustar el protocolo a sus necesidades y circunstancias. El protocolo consta de 8 etapas secuenciales dirigidas a proporcionar una intervención psicosocial de carácter integral en los primeros momentos tras el suceso:

- A-ambiente
- C-ontacto
- E-valuación
- R-establecimiento emocional
- C-omprensión de crisis

- A-ctivar
- R-ecuperación de funcionamiento
- SE-guimiento

Objetivos y procedimiento a seguir en cada etapa

AMBIENTE

A pesar de la urgencia hacia la acción que suelen generar las situaciones de emergencia, el primer objetivo del psicólogo será el de valorar el escenario de los hechos y de la intervención (puede coincidir o no), es decir, la toma de contacto del psicólogo con la situación de crisis. Para ello, debe informarse sobre las características particulares de la situación de catástrofe o crisis planteada con la mayor amplitud posible dentro de lo razonable en este tipo de situaciones. Esta primera fase de contacto debe comprender:

- Contextualización: conocer lo ocurrido, la magnitud de los hechos; familiarizarse con la situación antes de tomar contacto con las víctimas (contextualización global); y realizar una primera valoración al llegar al lugar de los hechos.
- Evaluación del Ambiente: determinar las necesidades más inmediatas y las redes de apoyo activadas hasta ese momento y establecer estrategias individuales y grupales.
- Selección de la persona (o grupo) con el que se va a intervenir: establecer un orden jerárquico de intervención en base al nivel de vulnerabilidad y/o gravedad más inmediato observado en las víctimas (*triage*).
- Evaluación previa de la persona: una vez seleccionada la persona, el psicólogo debe determinar el grado de afectación o letalidad (física y emocional) de la misma, así como la potencial peligrosidad que presente en relación a sí misma y a los otros (ataques de pánico, reacciones de agresividad, confusión, desorientación, etc.).

CONTACTO

En segundo lugar, una vez identificada la persona el psicólogo debe iniciar el contacto con la misma, considerando los siguientes puntos:

- Tener en cuenta los aspectos no verbales. Para establecer un contacto no verbal adecuado, las expresiones gestuales deben ser congruentes con la situación. Es importante transmitir cercanía a través del contacto y proximidad física (sentarse al mismo nivel, al lado del paciente, mantener contacto visual, etc.).

- Hacer el contacto y establecer una relación. Dicha relación debe establecerse teniendo en cuenta el respeto a la persona y su situación actual, aceptando a la persona con sus características, sin emitir juicios ni buscar responsabilidades, e intentando consolarla y tranquilizarla.
- Distanciamiento psicológico. Es conveniente ayudar a la víctima a salir de la situación proponiendo ir a dar un pequeño paseo, tomar un café, comer algo... y proporcionar un ambiente adecuado para empezar a abordar lo sucedido.
- Primeras preguntas. Las primeras preguntas deben estar relacionadas con los hechos ocurridos. Deben ser concretas, sencillas y dirigidas a hechos objetivos: «¿qué ha sucedido?», «¿dónde estabas y/o qué estabas haciendo en ese momento?», «¿qué hiciste después?», etc. Se debe tratar de conseguir descripciones que lleven al procesamiento cognitivo (ordenar, asimilar y aceptar lo ocurrido) evitando centrarse únicamente en los aspectos emocionales.

EVALUACIÓN

Aunque la evaluación en este tipo de situaciones presenta dificultades obvias, se debe hacer un esfuerzo por evaluar aquellas variables claves del funcionamiento psicológico de la persona. En este sentido, una vez establecido el contacto, el psicólogo debe evaluar los siguientes aspectos:

- Exploración inicial básica: consiste en llevar a cabo un examen del estado mental (orientación espacio-temporal, memoria, capacidad de juicio, etc.).
- Identificación de problemas: suceso precipitante, estado emocional actual (crisis convulsivas, ira, embotamiento, ataques de pánico, disociación...) y procesamiento cognitivo de la situación (interpretaciones, atribuciones, negación, culpa...).
- Estilo de afrontamiento: identificar habilidades de afrontamiento básicas (estilo evitativo vs. activo o emocional vs. cognitivo) y promover y apoyar el estilo de afrontamiento activo.
- Identificación de recursos personales y apoyo social próximo o de fácil contacto.

RESTABLECIMIENTO EMOCIONAL

En esta fase se debe facilitar la comunicación emocional y restablecer el nivel de funcionamiento adaptativo. Para ello, el psicólogo podría:

- Facilitar la expresión emocional (no forzar) que pudiera facilitar el procesamiento adaptativo del suceso, a través de preguntas del tipo «¿quieres hablar?», «¿cómo te sientes?».
- En este momento, una estrategia muy útil puede ser la escucha activa, estando atento a la posible aparición de una crisis.

- Valorar el uso de la escritura o de las conversaciones naturales con los elementos de apoyo social (familia, amigos, etc.)
- Junto a lo anterior, puede resultar igualmente útil el empleo de técnicas de desactivación o activación fisiológica (respiración, relajación, control de la tensión muscular...) de acuerdo al estado y necesidades de cada caso.
- Promover y facilitar la recuperación de su red social natural.
- Ofrecer disponibilidad y estar accesible en todo momento.

COMPRENSIÓN DE LA CRISIS

El objetivo del psicólogo en este momento es que la persona afectada comprenda la crisis. Para ello, se puede:

- Dar información general acerca de los problemas y efectos del estrés (síntomas); de su control y afrontamiento; y de las reacciones normales en situaciones excepcionales.
- Dar información específica sobre el suceso actual: entender lo que ha pasado; promover una narración adaptativa (corregir errores, sesgos, falsas atribuciones, ideas irracionales, etc.); informar acerca de la situación actual (heridos, salvamento, etc.); y responder a todo lo que pregunten.

ACTIVAR

El siguiente paso que debe realizar el psicólogo es el de activar y orientar a la persona afectada hacia la acción para promover su vuelta a la actividad normal lo antes posible. Si se identificara la imposibilidad de una vuelta rápida al funcionamiento normalizado, iniciar la activación por la planificación y apoyo a las tareas más inmediatas (por ejemplo, trámites a realizar u organización de las comidas o aseo personal). Para ello, es conveniente:

- Recuperar el nivel de procesamiento cognitivo. Para conseguir esto, es muy útil volver a centrar a la persona en actividades y hechos.
- Hacer un plan de acción, de acuerdo con la persona, en el que se discutan objetivos y posibles acciones explotando los propios recursos y estrategias de la persona afectada.
- Planificar contratos verbales personales para cumplir el plan.
- Planificar siempre actividades en compañía que sirvan de acompañamiento, vigilancia y apoyo social.

RECUPERACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO

Con objeto de que la persona afectada recupere su actividad normal, el psicólogo puede hacer hincapié en los siguientes puntos:

- Planificar siempre tareas y actividades próximas y en compañía.
- Promover el funcionamiento independiente.
- Dejarle siempre acompañado, bien sea con otros profesionales o voluntarios, bien con familiares, amigos u otras víctimas.
- Estudiar la posible derivación o traslado.
- Informarle de si va a ser hospitalizado.
- Planificar el alojamiento para ese mismo día y anticipar los posibles problemas para los posteriores (hogar, familiares, hospitales, hoteles, etc.).
- Planificar actividades para el hogar o lugar de alojamiento.

SEGUIMIENTO

Incluso en aquellos casos en los que se interviene como personal de emergencias, siempre será conveniente plantear un seguimiento a corto (horas o días) y medio plazo (un mes) para que la persona afectada sienta una continuidad en la atención recibida y se puedan identificar problemas de mayor alcance que precisaran de otro tipo de intervención más específica y duradera.

La observación de esta pauta ayuda a mantener una dirección en la actividad del psicólogo en situaciones por si muy caóticas y en las que resulta muy fácil caer en la desorganización. Sin embargo, deben tomarse las recomendaciones con cautela ya que cada situación es distinta y requiere continuas adaptaciones de las pautas generales a los contextos específicos. Aunque hasta el momento el protocolo ACERCARSE no dispone de un apoyo empírico de su efectividad como elemento de prevención, si se tiene un suficiente apoyo de las técnicas y estrategias incluidas en el mismo (por ejemplo, exploración inicial, relajación o respiración, técnicas de información, técnicas cognitivas, activación del apoyo social) y los autores lo han empleado en distintos sucesos traumáticos masivos como el 11-M en Madrid o el terremoto de El Salvador (2001) con percepción de utilidad y éxito terapéutico por parte de los psicólogos que lo aplicaron y satisfacción de las personas atendidas. Finalmente, debe recordarse que el protocolo propuesto lo es para su uso individual en personas adultas y por profesionales de salud mental, se deja para más adelante la posibilidad de generar protocolos similares para la atención a niños o para su aplicación grupal. Igualmente los autores se encuentran trabajando en el material y las necesidades de adaptación para la formación de personas no profesionales de salud mental en el uso de los PAP mediante cursos de formación en empresas, colegios, etc. Nuestra idea es que en un futuro próximo toda la población conozca y sea capaz de aplicar los principios básicos de los PAP a sus familiares o amigos, al igual que empieza a suceder con los primeros auxilios médicos, para ayudar a reducir el impacto de los sucesos traumáticos que, desgraciadamente, nos seguirán ocurriendo a todos.

Referencias

- American National Red Cross (1995) *Disaster mental health services I: Participant's workbook*. Washington DC: ANRC
- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3ª Ed.)*. Washington DC: APA
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª Ed. TR)*. Washington DC: APA
- Armstrong, K., Zatzick, D., Metzler, T., Weiss, D.S., Marmar, C.R., Garma, S. et al. (1998) Debriefing of American red Cross personnel: Pilot study on participants evaluations and case examples from the 1994 Los Angeles earthquake relief operation. *Social Work in Health Care, 27*, 33-50.
- Bisson, J. y Andrew, M. (2005) *Psychological treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD)*. Cochrane database systematic reviews. Issue 2
- Blain, D., Hoch, P. y Ryan, V.G. (1945) A course in psychological first aid and prevention. *American Journal of Psychiatry, 101*, 629-634.
- Blanchard, E.B., Kuhn, E., Rowell, D.L., Hickling, E.J., Wittrock, D., Rogers, R.L., Johson, M.R. y Steckler, D.C. (2004) Studies of the vicarious traumatization of college students by the September 11th attacks: Effects of proximity, exposure and connectedness. *Behavior Research and Therapy, 42*, 191-205
- Brewin, C.R., Andrews, B., Rose, S. y Kirk, M. (1999) Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry, 156*, 360-366.
- Bryant, R.A., Harvey, A.G., Dang, S.T., Sackville, T. y Basten,, C. (1998) Treatment of Acute stress disorder: A comparison of cognitive-behavioral therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 862-866
- Cohen, R.E. (2000) *Mental health services in disasters: Manual for humanitarian workers*. Washington DC: PanAmerican Health Organization.
- Colegio Oficial de Psicólogos (2001) *Materiales para la intervención psicológica en desastres*. www.cop.es
- De Wolfe, D.J. (2000) *Training manual for mental health and human service workers in major disasters (2ª Ed.)* Washington DC: US Department of Health and Human Services.
- Deahl, M. (2000) Psychological debriefing: controversy and challenge. *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, 34*, 929-939
- Echeburua, E., Del Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996) Treatment of Acute posttraumatic stress disorder in rape victims: An experimental study. *Journal of Anxiety Disorders, 10*, 185-199
- Everly, G.S. y Mitchell, J.T. (1999) *Critical Incident Stress Mangement*. Ellicot city: Chevron Pus. Cor.
- Everly, G.S. y Mitchell, J.T. (2000) The debriefing controversy and crisis intervention: A review of lexical and substantive issues. *International Journal of Emergency Mental Health, 2*, 211-225.
- Foa, E.B. y Rothbaum, B.O. (1998) *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Nueva York: Guilford Press
- Foa, E.B., Keane, T.M. y Friedman, M. J. (2000) *Effective treatments for PTSD*. Nueva York: Guilford.
- Follete, V.M. y Ruzek, J.I. (2006) *Cognitive-behavioral therapies for trauma*. Nueva York: Guilford Press.

- García-Vera, F.J. Labrador y M. Crespo (2006) *Protocolos de intervención psicológica en el 11M*. Madrid: Ed. UCM.
- Gibson, L.E., Hamblen, J.L., Zvolensky, M.J. y Vujanovic, A.A. (2006) Evidence-based treatments for traumatic stress: An overview of the research with an emphasis on disaster settings. En F.H. Norris, S. Galea, M.J. Friedman y P.J. Watson (dirs.) *Methods for disaster mental health research*. Nueva York: Guilford Press.
- Harvey, J.H., Stein, S.K. y Olsen, N. (1995) Narratives of loss and recovery from a natural disaster. *Journal of Social Behavior and Personality*, 10, 313-330.
- Harvey, A.G. y Bryant, R.A. (1998) The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: A prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66: 507-512
- Jacobs, G.A. y Meyer, D.L. (2006). Psychological First Aid. En L. Barbanel y R.J. Sternberg (dir.). *Psychological interventions in times of crisis* (pág. 57-71). Nueva York: Springer Publishing Company.
- Katz, C.L., Pellegrino, L., Pandya, A., Ng, A. y DeLisi, L.E. (2002) Research on psychiatric outcomes and interventions subsequent to disasters: a review of the literature. *Psychiatry Research*, 110: 201-217.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C.B. (1995) Posttraumatic stress disorder in the national Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52: 1048-1060
- Litz, B.T., Gray, M.J., Bryant, R.A. y Adler, B.A. (2002) Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9: 112-134
- McNally, R. J., Bryant, R.A. y Ehlers, A. (2003) Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress?. *Psychological Science in the Public Interest*, 4: 45-79
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Iruarizaga, I. Y González, H. y Galea, S. (2004) Consecuencias psicológicas de los atentados del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en población general. *Ansiedad y Estrés*, 10, 163-179.
- Mitchell, J.T. (1983). When disasters strikes: The critical incident stress debriefing. *Journal of Emergency Medical Services*, 8, 36-39.
- Mitchell, J.T. y Everly, G.S. (1996) *Critical incident stress debriefing: An operation manual for the prevention of traumatic stress among emergency and disaster workers (2ª Ed.)* Ellicot City, MD: Chevron.
- Mitchell, J.T. y Everly, G.S. (2001) *Critical Incident Stress Debriefing: An operation manual for CISD, defusing and other group crisis intervention services (3ª Ed.)*. Ellicot City, MD: Chevron
- Muñoz, M. (2004) *Protocolo ACERCARSE*. Página web del Colegio Oficial de Psicólogos. www.cop.es
- Muñoz, M. (2006) *Protocolo ACERCARSE*. En M.P. García-Vera, F.J. Labrador y M. Crespo (dirs.) *Protocolos de intervención psicológica en el 11M*. Madrid: Ed. UCM.
- Muñoz, M., Crespo, M., Pérez-Santos, E. y Vázquez, J.J. (2004a) Presencia de síntomas de estrés agudo en la población general de Madrid en la segunda semana tras el atentado terrorista del 11 de marzo de 2004. *Ansiedad y Estrés*, 10, 147-161.
- Muñoz, M., Crespo, M., Pérez-Santos, E. y Vázquez, J.J. (2004b) We were all wounded on March 11 in Madrid: Immediate psychological effects and interventions. *European Psychologists*, 9, 278-280.
- Muñoz, M., Crespo, M., Pérez-Santos, E. y Vázquez, J.J. (2005) Early psychological consequences of the March 11, 2004, terrorist attacks in Madrid, Spain. *Psychological Reports*, 97, 907-920.

- Murray, J., Ehlers, A., y Mayou, R.A. (2002) Dissociation and posttraumatic stress disorder: Two prospective studies of road traffic accident survivors. *British Journal of Psychiatry*, 180: 363-368.
- Myers, D. (1994) *Disaster response and recovery: A handbook for mental health professionals*. Washington DC: US Department of Health and Human Services.
- National Institute of Mental Health (2002) *Mental health and mass violence: Evidence-based early psychological intervention for victims/survivors of mass violence – A workshop to reach consensus on best practices*. Washington DC: US Government Printing Office.
- Norris, F.H. y Elrod, C.L. (2006) Psychosocial consequences of disaster: A review of past research. En F.H. Norris, S. Galea, M.J. Friedman y P.J. Watson (dirs.), *Methods for disaster mental health research*. Nueva York: Guilford.
- Norris, F.H., Friedman, M.J. y Watson, P.J. (2002) 60.000 disaster victims speak: Part II Summary and implications of the disaster mental health research. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65, 240-260.
- Norris, F.H., Friedman, M.J. y Watson, P.J., Byrne, C., Díaz, E., y Kaniasty, K. (2002) 60.000 disaster victims speak: Part I: An empirical review of the empirical literature 1981-2001. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65, 207-239.
- Norris, F.H., Friedman, M.J., Watson, P.J., Byrne, C.M., Díaz, E. y Kaniasty, K. (2002). 60.000 disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literatura, 1981-2001. *Psiquiatry*, 65, 207-239.
- Norris, F.H., Galea, S., Friedman, M.J. y Watson, P.J. (2006). *Methods for disaster mental health Research*. Nueva York: Guilford.
- Orner, R.J., Kent, A.T., Pfefferbaum, B.J., Raphael, B., Watson, P.J. (2006). The context of providing immediate postevent intervention. En E.C. Ritchie, P.J. Watson, M.J. Friedman (dirs.). *Interventions following mass violence and disasters* (pág. 121-133). Nueva York: Guilford.
- Raphael, B. (1986). *When disaster strikes*. Nueva York: Basic Books.
- Raphael, B. (2000) *Disaster mental health response handbook*. Sydney, Australia: New South Wales Centre for Mental health.
- Raphael, B. (2003) Early intervention and the debriefing debate. En R. Ursano (dir.), *Terrorism and disaster: Individual and community mental health interventions*. Nueva York: Cambridge University Press
- Reyes, G. y Elhai, J.D. (2004). Psychosocial interventions in the early phases of disasters. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 399-411.
- Riggs, D.S., Rothbaum, B.O. y Foa, E.B. (1995) A prospective examination of symptoms of posttraumatic stress disorder in victims of nonsexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 201-214.
- Ritchie, E. (2003). Mass violence and early intervention: Best practice guidelines. *Primary Psychiatry*, 10, 43-48.
- Roberts, A.R. (2000) An overview of crisis theory and crisis intervention. En A.R. Roberts (dir.), *Crisis intervention handbook: Assessment treatment and research*. Nueva York: Oxford University Press.
- Rose, S., Bisson, J. y Wessely, S. (2001) *Psychological debriefing for preventing posttraumatic stress disorder (PTSD)* (Cochrane Library, Issue 3). Oxford, England: Update software.
- Rothbaum, B.O., Foa, E.B., Riggs, D.S., Murdock, T. y Walsh, W. (1992) A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Schuster, M.A., Stein, B.D., Jaycox, L.H., Collins, R.L., Marshall, G.N., Elliott, M.N., et al. (2001). A National Survey of stress reactions after the September 11, 2001 terrorist attacks. *New England Journal Medicine*, 345, 1507-1512

- Shalev, A. y Ursano, R.J. (2003). Mapping the multidimensional Picture of acute responses to traumatic stress. En R.J. Ormer y U. Schnyder (dirs.), *Reconstructing early intervention after trauma innovations in the care of survivors* (pág. 118-129). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Simonsen, L.F. y Reyes, G. (2003) *Community-based psychological support: A training manual*. Geneva: International federation of Red Cross and Red Crescent Societies.
- Singer, T. (1982). An introduction to disaster: Some considerations of a psychological nature. *Aviation, Space and Environmental Medicine*, 53, 245-250.
- Staab, J.P., Grieger, T.A., Fullerton, C.S. y Ursano, R.J. (1996) Acute stress disorder, subsequent posttraumatic stress disorder and depression after a series of typhoons. *Anxiety*, 2: 219-225.
- Ursano, R.J., Bell, C., Eth, S., Friedman, M., Norwood, A., Pfefferbaum, B., Pynoos, R.S., Zatzick, D.F. y Benedek, D.M. (2004) *Guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Washington: APA
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P., Matt, G. (2006) Post-traumatic stress reactions following the March 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid Community sample: A cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 61-74
- Walker, G. (1990). Crisis-care in critical incident debriefing. *Death Studies*, 14, 121-133.
- Wiger, D.E. y Harowski, K.J. (2003) *Essentials of crisis counselling and intervention*. Londres: Wiley.
- Wilson, J., Raphael, B., Meldrum, L., Bedosky, C. y Sigman, M. (2000) Preventing PTSD in trauma survivors. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64, 181-196.
- Young, B.H. (2006). The immediate response to disaster. En E.C. Ritchie, P.J. Watson, M.J. Friedman (dirs.). *Interventions following mass violence and disasters* (pág. 134-154). Nueva York: Guilford.
- Young, B.H., Ford, J.D., Ruzek, J.L., Friedman, M.J. y Gusman, F.D. (1998) *Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators*. Menlo Park, CA: National Center for PTSD.

