

# Primeros auxilios psicológicos: medida de antelación a la instalación del trauma.

Mgtr. Raymond Martínez, Colegiado Activo No.3387 y Mgtr. Andrea González.

Asociación Guatemalteca de Psicología - AGP -

*Resumen: El presente artículo consiste en una investigación documental sobre los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP's) como una medida de antelación a la instalación del trauma. A partir de la presentación teórica sobre la instalación del trauma y del análisis de antecedentes, que incluyeron programas de intervención por medio de los PAP's, se presentan algunos modelos de intervención diseñados y utilizados desde la propuesta de la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. Los modelos presentados incluyen la exposición y características de cada una de sus fases de intervención, y un breve análisis de aplicación en contextos y situaciones concretas. Se concluyó que los PAP's reducen la intensidad de los síntomas de estrés postraumático, a diferencia de los casos en que no son aplicados luego de una crisis. Además se considera necesario realizar un estudio local, a mayor profundidad, sobre el estudio de los profesionales sobre estos y analizar la incidencia de reducción de la instalación del trauma a partir de su implementación.*

Palabras clave: trauma, estrés postraumático, primeros auxilios psicológicos, intervención en crisis.

*Abstract: This article is a documentary research on Psychological First Aid (PAP's) as a measure prior to the installation of trauma. From the theoretical presentation on installing the trauma and background analysis, which included intervention programs through the PAP's, intervention models designed and used from the proposal of the International Federation of Red Cross presented and Red Crescent. The models include exposure and characteristics of each of its stages of intervention and a brief analysis of application contexts and situations. It was concluded that PAP's reduce the intensity of symptoms of PTSD, unlike cases where they are not taken into consideration on a crisis situation. Also it is necessary to consider conducting a deeper local professional study in order to analyze the impact of reduced installation trauma from its implementation.*

Keywords: trauma, PTSD, psychological first aid, crisis intervention.

## Introducción

El trauma psíquico es un acontecimiento presente en la vida de casi todo ser humano en la medida que todos hemos tenido algunas experiencias que han determinado patrones de comportamiento disfuncional. Cada día las personas se encuentran expuestas a situaciones estresantes que les hacen

permanecer en un estado de alerta y defensividad constante para poder mantener el equilibrio psicoemocional y presentar conductas adaptativas al medio en que se desenvuelven. El manejo de este estrés cotidiano, de alguna forma, evidencia la capacidad humana de autorregularse y buscar formas adaptativas de afrontamiento para mantener la homeostasis en todo sentido y ser funcionales.

A pesar de esta capacidad humana, que en los últimos años se ha ido aumentando proporcionalmente a la cantidad de estresores cotidianos que han proliferado, sea por incremento de tareas, aumento de contacto mediático e informático o de responsabilidades, ninguno está exento de encontrar, en su cotidiano, una experiencia crítica que le sobrepase y que logre tal desestabilización, que sus estrategias de afrontamiento habituales no sean suficientes frente al impacto de una emergencia o evento crítico. Generalmente al surgir una crisis, emergencia o evento estresante significativo, la persona llega a un grado de desequilibrio que sus emociones llegan a desorganizarse y el afrontamiento, débil en estos casos, permita la instalación de un estrés agudo que, dentro del curso del evento y vuelta al equilibrio, pueda llegar a ser crónico y derivar en un cuadro de trauma y consecuentemente estrés postraumático.

Ante los últimos acontecimientos de catástrofe que han surgido en los últimos días en el país, una serie de preguntas interrogan nuestros marcos cotidianos de intervención: ante estas situaciones de catástrofes sociales y colectivas, de surgimiento abrupto y casi imprevisible ¿desde qué lugar o teoría psicológica nos debemos posicionar como profesionales para realizar un abordaje colectivo sin dejar de estar atento a cada sujeto particular? ¿Contamos con herramientas desde nuestra formación académica para ello así como de instrumentos para operar en el espacio público?

Para responder a las preguntas anteriores es importante, comprender cómo se instala el trauma: Para que un evento se convierta en traumático, son necesarios diversos elementos. Janet (1919), citado por Van der Kolk, McFarlane y Weisaeth, (1986) define al trauma psicológico de la siguiente manera: “Es el resultado de la exposición a un acontecimiento estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos

de afrontamiento de la persona. Cuando las personas se sienten demasiado sobrepasadas por sus emociones, los recuerdos no pueden transformarse en experiencias narrativas neutras. El terror se convierte en una fobia al recuerdo que impide la integración (síntesis) del acontecimiento traumático y fragmenta los recuerdos traumáticos apartándolos de la consciencia ordinaria, dejándolos organizados en percepciones visuales, preocupaciones somáticas y reactuaciones conductuales” (Van der Kolk, McFarlane, & Weisaeth, 1986).

Por su parte, Freud en 1919, señaló que todo trauma cuenta con dos tiempos. Es decir, no bastaría con un accidente o una fuerte emoción para sancionar que allí hay trauma; sino que se precisan por lo menos dos hechos, junto a las ideas y deseos asociados, que se encuentren en conflicto. En este punto ya podemos advertir una de las condiciones centrales de la experiencia traumática, que de alguna manera delimitan su cerco y la diferencian de la catástrofe en general. Freud refiere que luego del momento del accidente devendría un tiempo de latencia que llevaría o a un cuadro de neurosis traumática o a la manifestación de una neurosis preexistente revelada, en un segundo tiempo, por tal acontecimiento (patología neurótica previa). (Chairo, 2013)

Es un hecho que la realidad proclama al trauma como un protagonista de la actualidad. Se podría decir que hay una pareja famosa en los diarios de la mañana y en los noticieros de la noche: la pareja que forman el trauma y la catástrofe. Y es interesante ver como son convocados los *psy* de todo tipo a hacer algo con esa pareja y con su hija dilecta: la angustia. Hemos sido enseñados por la clínica que eso que llamamos “traumático”, eso que cambia una vida de un solo golpe a veces y que va por lo general acompañado del estupor o de la angustia, puede interrumpir por supuesto a partir de

situaciones terribles a las que estamos expuestos en la vida cotidiana, pero también se sabe que esa no es una *condición* para que un acontecimiento sea un trauma. No es necesaria la guerra, el terror para que un sujeto se vea expuesto a algo que traumatiza su existencia. Hay episodios mínimos, menores, intrascendentes, pero que serán decisivos porque el sujeto se encuentra allí con algo inesperado, rechazado o que ignora que conmueve profunda y bruscamente su vida. (Tarrab, 2013)

Es una evidencia clínica la no correlación punto a punto entre la catástrofe natural que hemos padecido como sociedad, y su inscripción como experiencia traumática. Si bien desde el sentido común muchas veces puede no diferenciarse la noción de catástrofe y la de trauma, se considera pertinente deslindar sus definiciones para precisar sus verdaderos alcances. En este sentido, cuando se habla de catástrofe se piensa en aquellos sucesos que alteran, de algún modo, un orden regular e instituido de los elementos, se producen así ciertos efectos.

El traumatismo, por su parte, determina el modo por el cual estas catástrofes padecidas en común, atacan cada subjetividad de manera diferente en aquellos que la padecen. Por lo tanto, si bien toda catástrofe, de una u otra manera, produce cambios sustanciales en el ordenamiento cotidiano de una sociedad, no se puede deducir directamente de ello la instalación de un traumatismo singular. Si tendremos oportunidad como psicólogos de relevar la situación subjetiva de los afectados, localizar síntomas que den cuenta de lo traumático y brindar herramientas de intervención para trabajar sobre tales efectos. (Chairo, 2013)

Ante esto, han sido evidentes los esfuerzos de muchos psicólogos y psicólogas por responder a tratamientos que reduzcan los efectos del trauma

y disminuyan o atenúen el cuadro de estrés postraumático que se deriva de estas experiencias. Y es aquí donde podríamos empezar a hablar de una antelación a la instalación de un trauma y empiezan a apreciarse determinados esfuerzos en programas, como el propuesto por Labrador, Fernández y Rincón (2006), quienes elaboraron un plan de intervención para mujeres víctimas de violencia doméstica, en quienes se había instalado un cuadro de estrés postraumático, dicho programa tuvo como objetivo reducir los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEP), mediante técnicas de desactivación, terapia cognitiva y terapia de exposición, en sus resultados, los investigadores evidenciaron que el programa logró la reducción del TEP en el 100% de los casos, además de una mejora significativa en otras variables concomitantes, como: depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas.

Como el ejemplo anterior, y con base en otras situaciones estresantes, en muchas investigaciones, se hace referencia a la eficacia de programas que trabajan en el afrontamiento del TEP y en intervenciones que buscan un objetivo de tipo terapéutico y de resolución del trastorno, más que de programas que se pueden realizar en el momento crítico y, con el adecuado abordaje y seguimiento, evitar la instalación del trauma y consecuentemente un TEP.

Generalmente, ante la exposición a un evento crítico, las personas sufren de un malestar emocional compuesto de dos elementos: el primero de carácter objetivo que se conceptualiza en el evento traumático y el segundo que está representado en el afrontamiento emocional de la persona ante el evento, que tendrá en sí mismo características subjetivas ya que el afrontamiento generalmente se realiza por medio de reacciones emocionales tales

como miedo, depresión, enojo, inseguridad, incertidumbre o bien confusión emocional. Estas reacciones emocionales, tal como lo indica Echeburúa (2007), son variables de unas víctimas a otras y pueden llegar a dotar la vida de las personas de un nuevo significado, instalándose el malestar, por lo general ante la sensación personal de sentirse sobrepasado por la experiencia e incapaz de hacer frente a la crisis y lograr una adaptación a las circunstancias. Sin embargo, el mismo Echeburúa (2007) afirma que, con una intervención eficaz y adecuada, la crisis puede llegarse a vivir con un significado más estable y positivo, derivando en emociones positivas frente a situaciones cargadas de mucho estrés.

La Cruz Roja y la Media Luna Roja (2003) lanzaron la propuesta de realizar intervenciones en crisis a partir de un enfoque modular, denominado Primeros Auxilios Psicológicos (PAPS), con el objetivo de apoyar a las víctimas de diversos tipos de crisis en el afrontamiento psicológico inmediato y reducir a corto y largo plazo la angustia inicial producida por los eventos traumáticos y lograr un funcionamiento adaptativo, resiliente y con mejores estrategias de afrontamiento. (Brymer, Jacobs, Layne, Pynoos, Ruzek, Steinberg, Vernberg & Watson, 2006)

Ante esta propuesta de intervención, surge la psicología de la emergencia que es definida por Valero (2001), como el estudio del comportamiento humano, antes, durante y después de situaciones de emergencia, es decir, ante situaciones que ocurren inesperadamente. Y a partir de estas estrategias de intervención se ha hecho necesario lograr la evidencia científica de su efectividad y validez teórica para su implementación. Es así como a partir de las evidencias encontradas en estudios realizados, como es el caso de Kraemer, Wittman, Jenewein

y Schnyder (2009) quienes demostraron que la salud mental de personas que pasaron por eventos de desastres de alto impacto, como fue el caso del tsunami en Asia en el año 2004, fueron fuertemente alteradas llegando a desarrollar manifestaciones de estrés agudo, estrés postraumático, luto complicado, cuadros depresivos, comportamientos suicidas, conductas violentas y consumo de sustancias psicoactivas, entre otras, como consecuencia de su afectación ante el evento, los investigadores realizaron un seguimiento de 342 turistas que fueron afectados directa o indirectamente por el tsunami y que fueron atendidos por medio de estrategias de desactivación cognitiva psicológica, al ser evaluados en el año 2007 evidenciaron que solamente el 16.8% de los evaluados presentaron criterios para determinar el desarrollo de TEPT, así como índices estadísticos bajos de presencia de ansiedad o depresión solamente en el 17% y 8% de los sujetos respectivamente. Esto les llevó a concluir que la intervención en crisis por medio de estas técnicas de desactivación desarrollaron en las personas una mejora significativa tanto a corto como a largo plazo, siendo efectivas las técnicas de atención psicológica utilizadas durante la emergencia. (Kraemer, et. al., 2009)

En el estudio realizado por Schafer, Snider y Van Ommeren (2010) realizaron un plan piloto de intervención ante la emergencia del terremoto de Haití, utilizaron los protocolos de apoyo de Primeros Auxilios Psicológicos y materiales de desactivación cognitiva basados en dichos protocolos, evidenciando que el enfoque resultó útil en el apoyo de las personas víctimas del terremoto con reducción de efectos psicológicos. Concluyeron además que este enfoque es aplicable en países con características similares a la población afectada considerando las adaptaciones y contextualización de los protocolos para reducir las consecuencias.

El uso de estos protocolos no se ha limitado a situaciones críticas relacionadas con desastres naturales, existen diversos estudios que han utilizado estos protocolos de intervención en situaciones como agresión sexual, violencia física, emergencias y situaciones de muerte de familiares de las víctimas, estas experiencias coinciden entre sí, en que el afrontamiento cognitivo y emocional es uno de los elementos clave en el proceso de intervención que facilita el afrontamiento positivo y la reducción de síntomas psicológicos asociados al evento traumático (North, Tivis, McMillen, Pfefferbaum, Spitznagel, Cox, Nixon, Bunch & Smith, 2002; Heather, 1995; Ehlers & Clark, 2000)

A pesar de los antecedentes descritos anteriormente, las revisiones de literatura recientes sobre el tema, señalan la falta de consenso entre los protocolos de primeros auxilios psicológicos y la evidencia de la efectividad de los mismos. (Dijlts, Moonens, Van Praet, De Buck & Vandekerckhove, 2014; Esteves & Guevara, 2015), por lo que se hace necesario presentar un análisis en base a la teoría de intervención en crisis de dos de los modelos más difundidos de Primeros Auxilios Psicológicos, como son el modelo de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (PAP's) y el modelo ACERCARSE (Muñoz, Ausín & Pérez-Santos, 2007). Esto con el fin de aproximar a la comunidad al conocimiento de dichos modelos y poner en perspectiva de replicar los mismos en el contexto actual y evidenciar, por medio del registro de las intervenciones la efectividad de los mismos.

### **Primeros Auxilios Psicológicos y afrontamiento ante la crisis**

Según la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (2003), los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP's) son la primera ayuda que se presta a las

personas confundidas ante una emergencia o desastre, el cual provoca en ellas desorientación, confusión emocional y en las que se manifiestan una serie de reacciones emocionales como miedo, tristeza, angustia, llanto y dolor.

Los procedimientos de los PAP's están diseñados con el fin de reducir el impacto y estrés del evento y proveer funciones adaptativas a corto y mediano plazo. Para Maldonado (2010), los PAP's van más allá de la restauración del afrontamiento inmediato, buscan, además, encaminar a las personas a la resolución de la crisis de manera que el evento pueda integrarse a la trama de la vida de la persona y pueda enfrentar las emociones que se desencadenen en el futuro.

Everly (2014), afirma que el objetivo de los PAP's es brindar apoyo a personas que se encuentran en situaciones de emergencia y que necesitan de una intervención terapéutica breve, que no excluye encausar el proceso al seguimiento terapéutico futuro que reduzca el impacto del evento y el consecuente estrés postraumático.

Corral y Gómez, (2009) indican que el objetivo de aplicar los PAP's incluye el proporcionar apoyo empático hacia la persona afectada por la crisis, ya que esta intervención se caracteriza por la escucha y comprensión, permitiendo que la persona que es atendida exprese sus sentimientos y pueda ventilar las emociones incómodas asociadas al miedo, tristeza, angustia o enojo que experimenta a raíz del evento. Los mismos autores señalan, que un objetivo directo de los PAP's es reducir el daño físico o la mortalidad, ya que derivado de eventos críticos pueden presentarse en las personas conductas lesivas o auto lesivas (incluso el curso de ideas suicidas) como una forma de afrontamiento desadaptativo.

García (s/f), afirma que la intervención por medio de los PAP's, contribuye a desarrollar una red de apoyo para la persona y favorecer su resguardo, tanto físico, como emocional, así como una aproximación al contacto con fuentes de información que, en el curso de una emergencia, pueden ser vitales para el posterior afrontamiento de las consecuencias de la emergencia.

Generalmente las personas que afrontan una crisis o emergencia, requieren una intervención terapéutica que logre aliviar el malestar emocional inmediato, lidiar con el momento difícil y continuar con la situación de emergencia y el post evento que requiere de un afrontamiento inmediato. En este sentido, Gómez del Campo, (1994) afirma:

*“la intervención psicológica en crisis se orienta hacia la expresión de los sentimientos y experiencias internas de la persona que se relacionan con el evento o eventos que provocaron el desajuste, facilita la elaboración del duelo ante la pérdida, en ocasiones de bienes materiales, pero en otros casos ante la irreparable pérdida de un ser querido.” (pp. 74)*

La teoría de la intervención en crisis, afirma que todas las personas poseen recursos y capacidad para el afrontamiento de las crisis y desafíos vitales, sin embargo, para algunas personas estas condiciones las coloca en un puesto de vulnerabilidad y pueden necesitar ayuda adicional (Organización Mundial de la Salud, 2012). Y es en este momento en el que los PAP's son el recurso de primera instancia para la estabilidad emocional y psíquica de la persona afectada.

Es importante tomar en consideración que las respuestas de las personas pueden ser variadas, y es por ello que se hace necesario comprender las mismas desde el marco de referencia de la crisis

que se está experimentando. Prewitt (2001) informa sobre las reacciones posibles que las personas pueden manifestar durante una crisis. Una de estas reacciones, iniciales, puede ser la que denomina como “shock” en el que la persona, en situación de crisis, es afectada de tal manera que es incapaz de reaccionar racionalmente. Para Rubin (2001), esta impresión, denominada por Prewitt como Shock, protege a la víctima de impresiones abrumadoras e incontrolables, que dentro de otros enfoques teóricos se describe como confusión emocional o negación de la realidad. (Gambini, 2007).

Por lo general una de las respuestas inmediatas ante la crisis se observa de forma desorganizada. Al comenzar los signos de aflicción es posible que los recursos personales fallen y comiencen a presentarse conductas o acciones desorganizadas para lograr el equilibrio psicológico ante el evento.

En esta línea la OMS (2012), en su protocolo de intervención ante las crisis, menciona que el apoyo humano y psicológico en eventos críticos trata de brindar ayuda y apoyo práctico de manera no invasiva, lo que hace necesario la evaluación de las necesidades físicas, en una primera instancia y luego las preocupaciones o experiencia emocional. Es por ello que los protocolos de atención de PAP's no pueden dejar a un lado la atención a las necesidades básicas de la persona en situación de crisis (que incluye, alimento, hidratación e información), así como la atención a sus necesidades emocionales que deben ser escuchadas y atendidas con respeto, procurando ayudarles a reorganizar sus ideas y emociones, reconfortarles para que logren estar en calma y apoyar en el acceso a información, servicios y apoyo de las instituciones a cargo. Por último proteger a las personas de peligros futuros, tanto físicos como emocionales.

## Elementos comunes en la aplicación de los PAP's en los modelos RAPID y ACERCARSE

La propuesta de intervención en PAP's de la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, está formada por elementos claros y definidos que deben seguirse para el éxito de la intervención. En su conjunto, los cinco pasos de los PAP's procuran atender la emergencia y la estabilidad emocional de la persona afectada y que es intervenida. Cada paso, por su parte, especifica determinados elementos característicos a seguir para lograr la ayuda necesaria.

Esta propuesta se divide en las siguientes fases: a) contacto y presentación, b) recoger información, c) asistencia práctica, d) pautas de afrontamiento y e) conexión con servicios externos.

Porcar (2014), define las mismas como pasos necesarios para lograr una ayuda y apoyo eficaz en los momentos de desastres masivos y crisis individuales. Con fines de análisis posterior de los modelos objeto de este artículo es necesario establecer una descripción de cada uno.

- a) Contacto y presentación: implica realizar el contacto con las personas afectadas con actitud de empatía y sintonización con los sentimientos y necesidades de la persona durante la crisis. Al ser un momento de aproximación es importante realizar un abordaje que se inicie indicando el nombre propio y la función o institución a la que se pertenece. Esta fase permite el inicio y contacto con el interviniente, quien estará atento a visualizar la situación desde la perspectiva del afectado.
- b) Recoger información: Se enfoca en tres áreas: presente, pasado inmediato y futuro

inmediato. Esta fase busca evaluar el contexto general de la situación, las ideas de la persona sobre lo sucedido, determinar necesidades, factores de riesgo presente y del futuro inmediato.

- c) Asistencia práctica: Esta fase implica conocimiento de los recursos externos disponibles en el lugar o situación, en vistas de ofrecer soluciones, luego de jerarquizar las necesidades del afectado. La información debe ser veraz y manejar con respeto las creencias y necesidades que los afectados manifiesten. El objetivo de la asistencia práctica es realizar una intervención que establezca a los afectados.
- d) Pautas de afrontamiento: Esta fase pretende normalizar la situación, es decir, ofrecer pautas para el propio autocuidado, en todo sentido, anticipar los posibles síntomas que podrá presentar el afectado en los días posteriores al evento y las formas de afrontarlo a partir de sus fortalezas personales y recursos existentes.
- e) Conexión con servicios externos: Esta fase de cierre busca brindar información a la persona sobre lo que sucederá en el futuro inmediato. Es importante que los afectados queden a cargo de alguien más que continuará su atención, su familia, personal sanitario, autoridades del lugar, etc.

En este sentido el modelo ACERCARSE propuesto por Muñoz, Ausín y Pérez-Santos, (2007) que tiene como objetivo organizar la intervención de los PAP's y ofrecer directrices de actuación que faciliten el trabajo del profesional en este ámbito. El modelo sugiere que el profesional puede seguir las fases del método con cierta flexibilidad sin em-

bargo debe ajustarse a la situación particular.

El modelo ACERCARSE, toma su nombre de las siglas de cada una de sus fases: a) Ambiente, b) Contacto, c) Evaluación, d) Restablecimiento emocional, e) Comprensión de crisis, f) Activar, g) Recuperación del funcionamiento y h) Seguimiento.

- a) Ambiente: El objetivo de esta fase es la toma de contacto del profesional con la situación de la crisis, buscando la contextualización, evaluar el ambiente, selección o asignación de las personas con las que trabajará, evaluación previa de los afectados.
- b) Contacto: Esta fase inicia con el contacto con la persona afectada y considera aspectos como: comunicación no verbal, hacer contacto y establecer relación, distanciamiento psicológico del afectado sobre el ambiente y entrevista inicial.
- c) Evaluación: La evaluación incluye: exploración inicial del estado mental del afectado o del grupo, identificación de problemas relacionados, estilos de afrontamiento e identificación de recursos personales y apoyo social.
- d) Restablecimiento emocional: En esta fase se facilita la comunicación emocional y se restablece un nivel de funcionamiento adaptativo, que implica: facilitar la expresión emocional, escucha atenta y activa, favorecer el uso de técnicas de desactivación o activación fisiológica de acuerdo al estado individual, búsqueda de la recuperación de su red social próxima y natural y apertura del interviniente a disponibilidad y accesibilidad durante el evento.

- e) Comprensión de la crisis: El objetivo es que el afectado pueda comprender, lo mejor posible, la crisis, por ello se brinda información general sobre los problemas y se anticipan síntomas que pueden surgir por la exposición al evento. Es importante que la información sobre el suceso actual evite en el afectado realizar nuevamente conductas desadaptativas.
- f) Activar: En este paso se busca orientar a la persona hacia la acción, recuperando el nivel de procesamiento cognitivo y elaborando planes de acción, de acuerdo a la realidad individual, para volver a centrar a la persona en actividades y hechos.
- g) Recuperación del funcionamiento: Esta fase busca que la persona recupere su actividad normal, por medio de tareas y actividades próximas, promover el funcionamiento independiente, por lo que se debe analizar la posibilidad de una derivación a otro servicio para lograr este fin.
- h) Seguimiento: Este modelo incluye un seguimiento a corto y mediano plazo para brindar continuidad a la atención recibida.

El modelo ACERCARSE fue utilizado por los cuerpos de servicio y atención de salud de la ciudad de Madrid, luego de los atentados del 11 de marzo del 2004. Hillers y Rey (2006), presentaron un estudio de aproximación en el cual describen el progreso de los atendidos en la emergencia y de forma longitudinal las referencias de contacto de al menos un 64% de los atendidos en servicios de seguimiento propuestos por la comunidad de Madrid.

Por su parte, Everly (2014), presenta el modelo RAPID, por sus siglas en inglés (Reflective listening, Assessment of needs, Priorization, Intervention y Disposition). En este modelo la secuencia de pasos o fases se explica en las actitudes que el que interviene realiza durante su aplicación. Tal es el caso del Reflective listening que se refiere al primer contacto con la persona que se encuentra en situación de crisis y que hace referencia a la disposición de contacto con la que el interviniente se acerca a la persona, y requiere la apertura y disposición a escuchar con una cuidada atención lo que la persona en crisis diga, tomando en cuenta el estado mental general de la víctima y brindando la información necesaria para la aproximación, asegurándose que la persona atendida se sienta cómoda y segura.

Por Assessment of needs, Everly (2014), indica el establecer las necesidades vitales de la persona y buscar la forma de resolver las que están al alcance del interviniente, sobre todo aquellas que están dirigidas hacia el resguardo de la seguridad física y personal de la víctima, muchas veces esta evaluación requerirá del interviniente apoyar a la persona para que pueda organizar las propias ideas y dar sentido a la experiencia, lo que ayudará a llegar a una sensación de seguridad y apoyo.

Por Priorization, se busca establecer el orden y jerarquía de atención de las personas afectadas, considerando aquellas necesidades que requieren atención urgente o inmediata utilizando un criterio de jerarquía que va de la integridad física y salud, situación de peligro o riesgo, estado de shock, aproximación a la información y la contención emocional, lo cual requiere criterio del profesional para realizar esta categorización. Como Intervention, Everly (2014), señala que al atender y priorizar las necesidades, y luego de resolver el problema de acceso a información confiable, es

momento de realizar intervenciones terapéuticas en vistas al afrontamiento de la crisis. En este paso, la elaboración de la experiencia, a partir de las fortalezas de la persona es necesaria, ya que ayudará a establecer, a manera de evaluación, las posibilidades o estrategias de afrontamiento que favorecerán a las personas y permitir la reducción del impacto del evento.

Este proceso de intervención debe buscar, como objetivo primordial, mitigar el estrés agudo y disfunción emocional de forma apropiada y acorde a las características personales de cada uno. Esta intervención dispone a la persona para un futuro contacto, que para Everly (2014), será la fase de Disposición, en la que el interviniente se dispone a establecer contacto con las personas afectadas y aquellas instancias de apoyo futuro que serán de beneficio para ellas (médicos, autoridades, personal sanitario, terapeutas, etc.)

El método RAPID, presentado por Everly, tuvo efectos positivos y efectivos en la promoción de salud mental personal y comunitaria en situaciones de emergencia, como el caso del huracán Katrina del 2005, así lo refieren Cain, Plummer, Fisher y Bankston (2010), en su estudio sobre la reducción de Trastorno de estrés Postraumático en personas atendidas, especialmente adolescentes por medio de los PAP's durante la crisis de este desastre natural.

## Conclusiones

Luego del análisis de la información documental se concluye que el modelo de intervención en crisis, con base en los PAP's, es una de las opciones que el clínico puede utilizar para reducir el impacto del evento traumático en las personas y con esto elaborar mejor el evento y reducir la intensidad del estrés postraumático.

Aunque los estudios presentados demuestran reducciones significativas en el nivel de severidad y gravedad del TEPT, (Cain, Plummer, Fisher y Bankston, 2010; Hillers & Rey, 2006; Dieltjens, Moonens, Van Praet, De Buck & Vandekerckhove, 2014; Esteves & Guevara, 2015; Kraemer, Wittman, Jenewein & Schnyder, 2009; Schafer, Snider & Van Ommeren, 2010; North, Tivis, McMillen, Pfefferbaum, Spitznagel, Cox, Nixon, Bunch & Smith, 2002; Heather, 1995; Ehlers & Clark, 2000) las intervenciones por medio de PAP's no evitan la instalación del trauma, sin embargo reducen la intensidad de presentación de los síntomas del TEPT, anticipan a la persona sobre el surgimiento de los síntomas y favorece un mejor pronóstico de recuperación al cursar TEPT.

Si la instalación del trauma, deviene en dos tiempos como afirmaba Freud y Janet, la intervención temprana desde los PAP's, podría ayudar a prevenir, la instalación de lo "traumático" de una situación como una medida de prevención para que devenga un Estrés Pos trauma en el sujeto.

El uso de los PAP's no se limita a situaciones críticas colectivas, el uso de esta estrategia de intervención es válida para los distintos eventos, tanto colectivos como individuales, que las personas pueden enfrentar y por distintos motivos, lo cual hace necesario que, su correcta aplicación, sea difundida entre profesionales de la salud mental y personas que se encuentran trabajando en la atención y apoyo de estos casos.

Es importante, para los psicólogos y psicólogas, conocer ampliamente los mecanismos de instalación del trauma, comprender las teorías que lo explican y realizar el análisis de cada caso de estas perspectivas para ofrecer una mejor atención a los que pueden ser intervenidos con PAP's.

Dada la importancia de este tipo de intervenciones y por las características de vulnerabilidad, a todo nivel, que vive el país, es necesario considerar incluir en los programas de pregrado el estudio de los protocolos de intervención por medio de PAP's y conocer el protocolo local para seguirlo en los casos que es necesario.

Además de realizar estudios locales sobre su implementación, efectividad y modelos utilizados para garantizar que los mismos estén adaptados a la realidad local.  $\Psi$

## Referencias

- Brymer, M., Layne, C., Jacobs, A., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., Vernberg, E. & Watson, P. (2006). *Psychological First Aid Field Operations Guide*. Estados Unidos: Robert Wood & Johnson Foundation.
- Cain, D., Plummer, C., Fisher, R. & Bankston, T. (2010). Weathering the Storm: Persisten Effects and Psychological First Aid with children displaced by Hurricane Katrina. *Journal of Child & adolescent Trauma*, 3 (4), 330- 343.
- Chairo, L. (2013). Lo que el agua se llevó... lo que nos deja: notas para la reflexión sobre el trauma colectivo. *El psicoanalítico*.
- Corral, E. & Gómez, F. (2009). *Apoyo psicológico en situaciones de emergencia: Técnico en emergencias sanitarias*. Madrid: Arán Ediciones.
- Dielthens, T., Moonens, I., Van Praet, K., De Buck, E. & Vandekerckhove, P. (2014). A systematic literature search on psychological first aid: lack of evidence to develop guidelines. *Plos One*. 9 (12),
- Echeburúa, E. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué?. *Psicología conductual*, 15 (3), 373-387.
- Ehlers, A. & Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 38 (4), 319 – 345.
- Everly, G. (2014). *Psychological First Aid*. Estados Unidos. Johns Hopkins University.
- Everly, G. & Flynn, B. (2006). Principles and practica procedures for acute psychological first aid training for personnel without mental health experience. *International Journal of Mental Health*. 8 (2), 93-100
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. (2003). *Primeros Auxilios Psicológicos*. Recuperado de: [http://www.unicef.org/paraguay/spanish/Primero\\_auxilios\\_sicologicos\\_IFRC.pdf](http://www.unicef.org/paraguay/spanish/Primero_auxilios_sicologicos_IFRC.pdf)
- Gómez del Campo, J. (1994). *Intervención en las crisis: Manual para el entrenamiento*. México: Plaza y Váldez editores
- Heredia, D. Pando, M & Salazar, J. (2000). Desastres naturales: Efectos psicológicos ante un desastre. *Vinculación y ciencia*, 17, 34-43.
- Hillers, R. & Rey, M. (2006). La intervención psicológica en el SUMMA 112 tras los atentados del 11-M en Madrid. *Studies in Psychology*, 27 (2), 141 - 152
- Kraemer, B., Wittmann, L., Jenewein, J. & Schnyder, U. (2009). 2004 Tsunami: long-term psychological consequences for swiss tourists in the area at the time of the disaster. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 43 (5), 420 - 425
- Labrador, F., Fernández, M. & Rincón, P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés posttraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (3), 527-547.
- Lorente, F. (2008). *Asistencia Psicológica a víctimas: Psicología para bomberos y profesionales de las emergencias*. Madrid: Arán Ediciones.
- Maldonado, J. (2010). *Primeros Auxilios Psicológicos e intervención en crisis*. Documentos de Trabajo Social. 47 (1): 121 – 133
- Muñoz, M., Ausín, B. & Pérez – Santos, E. (2007). *Primeros auxilios psicológicos: protocolo ACERCARSE*. *Psicología Conductual*. 15 (3): 479 – 505
- North, C. & Pfefferbaum, B. (2013). Mental health response to community disasters: a systematic review. *JAMA*, 310 (5), 507 -518
- North, C., Tivis, L., McMillen, C., Pfefferbaum, B., Spitznagel, E., Cox, J., Nixon, S., Bunch, K. & Smith, E. (2002). Psychiatric disorders in rescue workers after the Oclahoma City bombing. *The American Journal of Psychiatry*. 159 (5), 857-859.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Recuperado de: [http://whqlibdo.who.int/publications/2012/9789243548203\\_spa.pdf](http://whqlibdo.who.int/publications/2012/9789243548203_spa.pdf)
- Prewitt, D. (2001). *Primeros Auxilios Psicológicos*. Guatemala: Cruz Roja Americana.
- Prewitt, D. (2002). *Apoyo psicosocial en Desastres: Un modelo para Guatemala*. Guatemala: Impresos Otto Master.
- Rubin, W. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma: teoría y práctica*. España: Desclée de Brower.
- Schafer, A., Snider, L. & Van Ommeren, M. (2010). Psychological first aid pilot: Haiti emergency response. *Intervention: Journal of Mental Health and Psychosocial Support in Conflict Affected Areas*. 8 (3), 245 – 254.
- Slaikou, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual Moderno
- Tarrab, M. (2013). *La insistencia del Trauma*. Entrevista realizada por: Berger, Viviana. Mayo 2013.
- Valero, S. (2001). *Psicología en emergencias y desastres*. Perú: Editorial San Marcos.
- Van del Kolk, A.; McFarlane, C. & Weisaeth, L. (1986). *Traumatic stress the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. Estados Unidos: Guilford.