



**Universitat de les
Illes Balears**

TÍTOL: DEBRIEFING: LA PREVENCIÓ DEL TRASTORN PER ESTRÈS POST-TRAUMÀTIC

NOM AUTOR: Bel Alicia Pont Gayà

DNI AUTOR: 41537886R

NOM TUTOR: Quico Campos

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau de Treball Social

Paraules clau:

Trauma, Psicotraumatització, Trastorn d'Estrès Pos-traumàtic, Estrès Traumàtic Secundari, Debriefing

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2014-2015

En cas de no autoritzar l'accés públic al TFG, marcau aquesta casella:



DEBRIEFING: LA PREVENCIÓ DEL TRASTORN D'ESTRÉS POST-TRAUMÀTIC

Bel Alicia Pont Gayà

Resum

Durant diversos segles, la resposta immediata davant d'una situació d'emergència o un desastre era la d'intentar ajudar a les víctimes a restaurar les seves necessitats primàries bàsiques perquè una vegada satisfetes poguessin reorganitzar el que va quedar de les seves vides.

Quan ocorre una situació traumàtica de diferents tipus, els individus pateixen una sèrie de reaccions post-traumàtiques agudes que són completament normals davant d'una situació d'aquest tipus. Per tant, l'objectiu de les intervencions psicosocials és la restauració d'aquests efectes.

Hi ha diferents tipus d'intervenció psicosocial davant situacions d'emergència. Nosaltres ens centrarem en la tècnica coneguda com Debriefing, la qual va ser creada per Jeffrey Mitchell en 1983. És una tècnica grupal o individual, que ajuda a confeccionar els successos i experiències viscudes en la situació d'emergència o desastre per tal d'intervenir a temps per prevenir trastorns. En el següent apartat d'aquest treball, es tractarà d'aquest tipus d'intervenció en profunditat.

Abstract

For several centuries, the immediate response to an emergency or a disaster was to an emergency or a disaster was to try to help victims recover their basic needs because once could reorganize what remained of their lives.

When a dramatic situation occurs, individuals suffer a series of post-traumatic acute reactions which are completely normal in such situations. Therefore, the aim of psychosocial interventions of such traumatic experiences.

There are different types of psychosocial interventions in situations of emergency. We will focus on a method known as Debriefing, which was created by Mitchell in 1983. It is a group or individual method which helps to overcome the events and experiences lived in an situation of emergency or disaster. In next section of this paper, this matter shall be analyzed in depth.

Paraules claus: Trauma, Psicotraumatització, Trastorn d'Estrés Pos-traumàtic, Estrés Traumàtic Secundari, Debriefing

ÍNDEX

1. Introducció	4
2. Trauma	4 - 5
3. Psicotraumatització	6
4. Trastorn d'Estrès Pos-Traumàtic	6 - 9
5. Debriefing	9 - 10
5.1 Objectiu del Debriefing	10 - 11
5.2 Fases del Debriefing	11 - 13
6. Pros i contres del Debriefing	14 - 15
7. Conclusions	15 - 16
8. Referències	16 - 17

1. Introducció

Esdeveniments com el més recent atemptat a les Torres Bessones de Nova York l'any 2001, així com la tràgica inundació del càmping de Biescas a Espanya l'any 1997 han provocat, que en els darrers anys, un gran impuls notable en el camp d'intervenció psicològica en emergències i desastres proporcionant un paper primordial que han de saber exercir els psicòlegs i altres professionals d'aquesta àrea en situacions de crisi. No obstant, això no va ser fins a la Primera Guerra Mundial (s.XX), quan aquest tipus d'intervencions es posaren en marxa. Els professionals, psicòlegs, efectuaven intervencions *in situ* amb combatents per tractar trastorns per estrès agut. Poc després, durant la Segona Guerra Mundial, fou quan efectuaren sessions d'alleujament en el camp de batalla, és a dir, quan realment foren factibles aquestes intervencions psicològiques (Bisson, McFarlane i Rose, 2000 cit. a Vera, 2004).

Ara bé, no fou fins els anys 70, quan van suscitar començar a crear tècniques i programes complexes per tal d'intentar pal·liar les conseqüències, de forma sistèmica, que estaven repercutint a aquelles persones exposades a experiències traumàtiques (Paton, Violanti i Dunning, 2000; Sthulmiller i Dunning, 2000a cit. a Vera 2004). Van sorgir una sèrie de tècniques per aquest tractament però davant totes elles, la més utilitzada i més propagada des de la seva creació, des de els anys 80, fou només una. Aquesta tècnica es reconeix com Critical Incident Stress Debriefing (CISD). Com a part de la seva teoria general sobre intervenció en crisi i desastres naturals, Jeffery Mitchell fou el creador d'aquesta tècnica, l'any 1983. L'objectiu de la tècnica debriefing era minva l'estrès en els professionals que intervenien en situacions d'emergència (Mitchell i Everly, 2000). J. Mitchell va emprar un processament semblant al que es va utilitzar durant la Segona Guerra Mundial per a la rehabilitació psicològica dels combatents, per tan, es va basar en el model d'intervenció de la psiquiatria militar.

2. Trauma

Durant tota la història humana, el trauma ha estat un fet tangible, per tan es veu afectat per l'expandiment de successos social, polítics i culturals, i no només connectat amb el trauma present de la guerra, la violència criminal quotidiana, les catàstrofes naturals, accidents, abús sexual i violència intrafamiliar, ja que porta una involucració en areas centrades en aspectes del poder polític (Galvez, Pastrana & Venegas, 2004).

“La paraula Trauma prové del grec, i significa "ferida". A diferència del grec clàssic, aquesta paraula mai va perdre el seu valor de ferida, actualment s'ha especialitzat el terme trauma en l'aspecte psíquic i traumatisme en l'aspecte físic" (Arnal, 2001, p.1 cit. a Galvez, Pastrana & Venegas, 2004).

En psicologia es sol entendre per trauma o trauma psíquic a: "tot succés (...) viscut per un subjecte, que li produeix diversos trastorns que sovint deixen seqüeles. Es parla pròpiament de trauma psíquic quan el desencadenant és de tal intensitat que el subjecte és incapaç de respondre adequadament."(Arnal, 2001, p.1 cit. a Galvez, Pastrana & Venegas, 2004).

D'aquesta manera, la paraula trauma psicològic sembla possible que s'haguí creat arrel d'episodis traumàtics per el fet de designar les afeccions psíquiques que solen acompanyar aquests, i que d'aquí s'haguí centrat a referir-se exclusivament els danys psíquics ocasionats clarament en aquest àmbit (Galvez, Pastrana & Venegas, 2004).

Encara que el concepte de trauma existeix des de fa dècades, aquest terme sempre ha estat associat al concepte freudià de trauma. Freud esmentant la noció de discontinuïtat i trencament en certs processos psíquics del subjecte, fou qui va implantar el trauma al camp de la psicologia. En aquest sentit, resalta que el trauma es procrearia quan un succés produeix una alteració concreta en la vida del subjecte i estímuls intensos trastornen a la persona rompent la seva barrera protectora. La fortalesa de l'individu és la clau per a engendrar o no el trauma. Més tard, després de la seva vivència com a presoner en un camp de concentració a Alemanya, Bruno Bettelheima, és qui argumenta per primer cop que aquelles situacions traumàtiques produïdes per desastres provocats per els homes contra les persones de manera conscient, no podien ser classificats de la mateixa tipologia, així com passava amb el llenguatge psiquiàtric psico-analístic (De Solar & Piper, 1995).

Segons Beker, Castell i Díaz (1991), la traumatització extrema es defineix com:

un procés que dona compte d'un tipus de traumatització específica, que està en contínua dependència d'esdeveniments sociopolítics. Es tractaria d'un procés caracteritzat per la seva intensitat, permanència en el temps i per la interdependència que es produeix entre el social i el psicològic. És un tipus de traumatització específica, la qual desborda l'estructura psíquica dels subjectes i la capacitat de la societat per respondre adequadament aquests processos. El seu objectiu és la destrucció l'individu, les seves relacions interpersonals, la consciència de clan i la seva pertinença a la societat (Beker, Castell & Díaz, 1991).

Per tant, a l'actualitat encara no s'ha definit teòricament el concepte de traumatització de manera clara, però, si és cert que des de l'àmbit clínic el podem projectar com "la reexperimentació de la simptomatologia produïda per l'esdeveniment repressiu traumàtic, i que en l'actualitat pot ser provocat per esdeveniments polítics, socials i culturals" (Galvez, Pastrana & Venegas, 2004)

3. Psicotraumatització

Hi ha diferents tipus de psicotraumatització. Pot ser traumatització primària, secundària, terciària i quaternària.

Segons autors de Colòmbia, la psicotraumatització sorgí arrel de diferents atemptats terroristes. L'esclat d'explosions i de bombes en aquestes situacions produïren diverses lesions traumàtiques en el cos i en el cervell de les víctimes d'aquests incidents. A efecte d'aquests successos traumàtics es confirmà aquesta terminologia (Rodríguez et al., 2005).

La psicotraumatització que li passa directament a la víctima s'anomena traumatització primària.

Quan la psicotraumatització li passa a qui escolta i ajuda a les víctimes, és a dir, al testimoni s'anomena traumatització secundària. Aquest tipus de traumatització és indirecta i eventual. Els subjectes que experimenten aquest tipus de traumatització relacionen el succés traumàtic ocorregut a un altre a través dels seus òrgans dels sentits (veure, escoltar...). Per exemple com senyala Torres (2010) "la presència d'un accident, el treballador que escolta un crit quan un dels seus companys cau al buit; el maquinista de ferrocarril que fa olor l'olor del cos destrossat en les vies o el personal de l'equip de rescat..." (Torres, 2010).

La traumatització indirecta i que es pot prolongar, ja que depèn del temps en que duri l'atenció d'urgència per a les víctimes de traumatització primària i secundària, s'anomena traumatització terciària. El moment de la intervenció és clau per al desenvolupament del trauma, per tant, no és el mateix intervenir 24 hores després de l'esdeveniment traumàtic que atendre al subjecte una setmana, un mes o un any després del fet ocorregut. La traumatització terciària és la que commou a les persones més properes de la víctima, com són la seva família, els seus amics, veïns, entre altres (Torres, 2010).

Un tipus de traumatització terciària és l'anomenada traumatització vicària. Aquest tipus de traumatització deriva de la pràctica dels professionals que treballen en situacions de desastre o emergència. Els professionals d'emergència, clínics, jurídics entre altres, involucrats en aquestes situacions catastròfiques coneixeran l'esdeveniment traumàtic a través dels relats o escrits de les víctimes primàries, que els provocaran un impacte acumulatiu i microtraumàtic a aquests professionals (Torres, 2010).

4. Trastorn d'Estrès Pos-traumàtic (TEPT)

El 1980 es va definir per primer cop, en la terminologia psiquiàtrica, el Trastorn per Estrès Postraumàtic (TEPT) en el manual diagnòstic de trastorns mentals de la Associació Americana de Psiquiatria. Aquesta associació afirma que el conjunt de víctimes i testimonis exposats a un esdeveniment traumàtic caracteritzat per símptomes físics i psíquics que sorgiren com a resposta tardia a aquests successos són els subjectes que experimenten aquests tipus de trauma. Des d'aquesta data fins avui, aquest concepte ha arribat a la seva màxima divulgació.

El Trastorn per Estrès Postraumàtic pot presentar-se a qualsevol persona i a qualsevol edat. Aquest trastorn emergeix als subjectes que estan exposats a un esdeveniment traumàtic i responen de manera tardia mitjançant conductes d'evitació, fenòmens invasors i símptomes de hiperalerta. Aquest diagnòstic pot sorgir de forma general a tota la població com a combatents, ja que constitueix una problemàtica a la salut pública per la seva alta prevalència i afecta a la població activa. Com s'ha dit anteriorment, aquest tipus de trastorn afecta de igual manera a dones que a homes, encara que les causes més freqüents per sexe són les violències i abusos sexuals en les dones, i les experiències de combats o ser testimoni de lesions greus o morts en els homes. (Carvajal, 2002).

El concepte Trastorn per Estrès Postraumàtic compren dos aspectes. Per una banda el trauma en sí i per altre banda, una resposta d'estrès que naturalment és patològica. L'estrès és definit com els processos fisiològics i psíquics que es desenvolupen per donar resposta davant una demanda inesperada. Aquesta resposta pot resultar adaptativa o patològica. En aquest cas, doncs, l'adaptació i l'equilibri seran buscats per l'organisme. D'aquesta manera, el concepte de estrès mostra una relació entre factors com l'entorn i altres recursos de la persona. D'altre banda, la resposta d'estrès dels afectats per el Trastorn per Estrès Postraumàtic no desenvolupen una resposta d'estrès normalitzada, sinó que més caracteritzada i individualitzada per a poder fer front a aquestes situacions catastròfiques (Carvajal, 2002).

El nucli de Trastorn d'Estrès Postraumàtic és l'impacte emocional davant un esdeveniment traumàtic que promou una sèrie de reaccions psicològiques i físiques, és a dir, el trastorn psíquic.

L'esdeveniment traumàtic ha estat definit per l'Associació Psiquiàtrica Americana (1980) com:

aquella situació psicològicament estressant que sobrepassa el repertori de les experiències habituals de la vida (com pot ser un duel simple, una malaltia crònica, una pèrdua econòmica o un conflicte sentimental), que afectarà pràcticament a totes les persones i que provocarà una intensa por, terror i desesperança, amb una seriosa amenaça per a la vida o la integritat física personal o d'un tercer. En aquest sentit el trauma es vincula directament amb els desastres, els que poden classificar-se d'acord amb el seu origen en naturals (terratrèmols, inundacions, erupcions volcàniques, tornados), accidentals (incendis forestals, accidents de trànsit, xocs d'avions) o provocats deliberadament per l'home (violacions, tortures, captivitats, atacs terroristes, assalts, maltractament infantil) (Carvajal, 2002)

El fet traumàtic incitarà una demanda a l'organisme de tal manera que els instruments per a la adaptació seran o no suficients depenent del context biopsicosocial de la persona. Així, el temps i el determinat cost per aconseguir l'estabilització dependrà dels mecanismes del subjecte.

Les conseqüències del fet traumàtic poden ser físiques, psicològiques i/o social tan a nivell individual com col·lectiu i poden iniciar-se des de símptomes emocionals aïllats fins a quadres psicòtics. La duració també varia d'una situació a una altre, per tan l'impacte del fet traumàtic pot durar des de alguns segons fins a hores o setmanes i mesos, així com pot ocórrer de manera única (accident de tràfic) o reiterada (combats de guerra) (Carvajal, 2002).

El significat del fet traumàtic dependrà de la interacció entre el tipus i intensitat de l'esdeveniment traumàtic, la biografia del subjecte, els factors biològics i el context social, i per tan, les diverses respostes que el subjecte evicará dependran d'aquest significat. El trauma també pot proclamar-se en alteracions de la salut física (Carvajal, 2002).

Al llarg de la història, i encara més en els dies d'avui, ningú pot creure's alliberat de l'exposició a un aconteixement traumàtic un cop a la seva vida. En Estats Units, alguns estudis han exposat que hi ha un 39% i un 60% de prevalència d'exposició a una situació traumàtica al llarg de les vides dels subjectes. (Carvajal, 2002).

Per concloure, es pot definir que el Trastorn per Estrès Posttraumàtic és un trastorn múltiple determinat per diversos factors de vulnerabilitat del propi ser, per les variables secundàries al fet traumàtic i a les característiques de la pròpia situació d'estrès, com són la ajuda mèdica i psicològica i la disponibilitat de suport social que té la persona en sí (Mingote et al., 2001).

L'estrès traumàtic secundari és un quadre clínic molt similar al de l'estrès posttraumàtic.

L'any 1983, Figley va precisar l'estrès traumàtic secundari com "el conjunt de aquelles emocions i conductes resultants d'entrar en contacte amb un esdeveniment traumàtic experimentat per un altre". Així, les corrosions afecten a una àmplia gamma de persones, sobretot aquelles afectades directament, aquelles afectades indirectament i els professionals treballadors i ajudants en situacions catastròfiques, que és veuen afectats a nivell psicosocial davant aquest fet traumàtic (Figley, 1983).

Els efectes de l'estrès traumàtic secundari podrien resumir-se en simptomatologia lleugera, conductes evitables i respostes d'estrès posttraumàtic.

L'any 1992, Janoff-Bulman, va anotar com a simptomatologia específica i destacable de la síndrome, el canvi del marc cognitiu i emocional (Janoff-Bulman, 1992).

Directament o indirectament, l'experiència traumàtica pot arribar a ocasionar una serie de desequilibris en l'estructura familiar de la persona afectada, així com requerir adaptació a la nova realitat personal (Figley, 1998, Wilson i Kurtz, 1997 cit. a Moreno, Morante, Garrosa & Rodriguez, 2004).

Finalment, convé assenyalar les diferències entre estrès traumàtic secundari (TETS) i el trastorn d'estrès post-traumàtic (TEPT). Els símptomes d'estrès post-traumàtic són aquells

que poden arribar a desenvolupar les persones víctimes directes d'una situació estressant. En canvi, l'estrès traumàtic secundari, és aquell que poden desenvolupar les persones que han estat testimonis de les conseqüències que aquests fets provoquen a les víctimes del trauma, és a dir, és qui ajuda i escolta a les víctimes. La probabilitat de desenvolupar aquest últim quadre seria proporcional a la proximitat geogràfica, temporal, afectiva o professional del que observa.

5. Debriefing

Com hem dit anteriorment, encara que nosaltres durant aquests articles ens centrarem amb la tècnica Debriefing, cal destacar que existeixen altres tipus d'intervenció psicosocial davant situacions d'emergència o desastre, alguns d'ells són:

- * Comunicació durant accions de rescat o evacuació: Aquesta tècnica s'empra durant el rescat per a que la persona víctima, sigui capaç de mostrar confiança i comenci a tranquil·litzar-se. Per tal d'aquest fet ocorri, ens hem de mostrar la nostra disponibilitat per ajudar-les i així evitar que sorgeixin respostes d'ansietat a conseqüència del fet traumàtic.
- * Comunicació després del rescat o evasió: Aquesta tècnica s'empra després del rescat, en un moment com aquest, es necessari que la identificació del professional i el manteniment d'una comunicació i una actitud calmada. Es tracta d'un acompanyament psicosocial escoltant i permetent que es desfoguen.
- * La Distracció atencional: Les sensacions de abstracció i irrealitat davant de situacions traumàtiques és un fet probable que experimenten els damnificadors. Aquesta tècnica, doncs, pretén evitar de manera efectiva les ruminacions.
- * Defusing o Desactivació: Aquesta tècnica està destinada principalment als professionals, amb la finalitat de proporcionar informació i suport i afavorir una pausa emocional.
- * Desmobilització: Aquesta tècnica, igual que l'anterior, també s'utilitza amb els professionals. Té com a objectiu la cohesió de l'equip de treball i la normalització de les reaccions viscudes.
- * Informe Maneig de Crisi: Aquesta intervenció es realitza amb les persones afectades, per tal de proporcionar informació sobre el fet traumàtic així com proporcionar i afrontar les diferents tècniques de maneig d'estrès.
- * Relaxació: Hi ha diferents tècniques de relaxació per afrontar l'estrès, però cal seleccionar aquella que posseeixi una aplicació ràpida i senzilla.

La tècnica coneguda com a debriefing (Critical Incident Stress Debriefing) va nàixer l'any 1983 a Estats Units per Mitchell Jeffrey en el context de desenvolupament de la teoria d'intervenció en casos de crisis i desastres naturals.

Aquesta tècnica és, per tan, una intervenció psicològica breu que es realitza els primers dies posteriors al succés per tal de restaurar els fets i experiències vívides en situacions catastròfiques.

Aquesta tècnica ofereix alleugeriment a la persona alhora que li possibilita la exterioritzar i comparar les seves idees, records i emocions pertorbadores amb les d'altres persones, de tal manera que el subjecte víctima pugui comprendre-les i normalitzar-les d'una forma més adaptativa. (Palacios A, Condori L & Ego-Aguire).

Va ser ideada, en principi, per a ser emprada amb professionals d'emergència. No obstant això, a causa dels resultats satisfactoris obtinguts (Everly et al., 1999), l'han portat a ser emprada amb un altre tipus de víctimes secundàries (personal hospitalari, treballadors d'entitats bancàries, militars i educadors) i fins i tot, s'ha arribat a utilitzar amb persones afectades directament i familiars d'aquests (Pérez, 2013).

El debriefing consisteix, doncs, en una tècnica de prevenció que impediria l'aparició del Trastorn per Estrès Posttraumàtic, i que realitza una prevenció selectiva detectant de manera primerenca a les víctimes que necessiten d'una assistència específica. Al tractar-se d'una tècnica preventiva, en la qual es treballen reaccions normals després d'una situació anormal, ja que no tractem cap trastorno aquesta intervenció no es pot considerar terapèutica (Pérez, 2013).

5.1 Objectiu del Debriefing

L'eix principal de l'objectiu d'aquesta tècnica es sobretot la prevenció de la cronificació de les reaccions normals al trauma i detectar de forma precoç els trastorns que necessiten d'una assistència específica (Baldor, Jerez & Rodriguez, 2005)

La intervenció permet que les persones involucrades expressin i comparteixin verbalment la seva angoixa, comprenguin les seves pròpies reaccions d'estrès i aprenguin a que altres que van passar per la mateixa experiència comparteixen aquestes emocions i, per tant, són normals. Els participants, per tant, s'adonen que no estan sols.

Quan sigui possible, és recomanable que el grup sigui conduït per un terapeuta i un coterapeuta.

Aquesta intervenció en crisi consisteix en una única sessió (encara que hi ha autor que consideren que és més eficaç pues sessions durant dos mesos) en un interval de 24-48 hores Aquesta sessió sol tenir una durada de dues hores aproximadament, encara que el temps dependrà de la durada de l'esdeveniment traumàtic i del nombre de reaccions posttraumàtiques que apareguin. En el cas que es facin dues sessions, aquesta segona sessió té una durada menor i té com a objectiu comprovar que han desaparegut les reaccions, i en el cas que continuïn amb quina freqüència i intensitat (Pérez, 2013).

Així, el debriefing psicològic es desenvolupa segons un esquema precís en vuit passos, que guia el pas del cognitiu a l'emocional, abans de tornar al cognitiu.

5.2 Fases

El Debriefing és un procés que compta amb diverses fases. Aquestes fases s'han de seguir una darrere de l'altra. Aquestes fases són les següents:

1. Introducció

La introducció ha de ser clara i específica. Es tracta d'establir el context cognitiu del procés. Durant aquesta fase es presenta a l'equip que va conduir la reunió i es presenten els participants entre si. S'exposa el tema, els objectius del debriefing, la descripció del procés, es defineixen els límits, es convida a la confidencialitat. S'expliquen les reaccions postraumàtiques possibles i s'assenyala que són normals, naturals i transitòries. Es motiva al grup i es procura la cohesió.

2. Fase dels fets

Aquesta fase està centrada en els elements objectius del succés. Cada participant relata el que ha passat durant l'esdeveniment. Cadascun descriu la manera com es va involucrar, seguit d'una seqüència de fets. La finalitat és poder traçar un quadre clar i correcte dels fets tal com van passar.

“Els participants constitueixen dos pilars. El primer marca l'últim moment plàcid abans de l'esdeveniment traumàtic, mentre el segon correspon al primer moment de seguretat després de l'esdeveniment. Així, es demostra que l'esdeveniment, és només un capítol de tota una vida” (Pérez, 2013).

Amb aquesta fase, s'afavoreix la compressió de l'esdeveniment, la possibilitat de raonar i veure objectivament els fets, en lloc de sentir dominats per ells.

3. Fase del pensament

En aquesta fase es comparteixen els pensaments, els sentiments i les preocupacions que sorgeixen davant els successos i tot el que envolta al succés traumàtic. Se'ls demana que expressin i descriguin el que els ha ocorregut, el seu primer pensament o allò predominant dies i setmanes després, una vegada es va adonar la situació traumàtica

El compartir i expressar verbalment els records permet la seva reorganització i li dona una característica menys individual.

4. Fase de la reacció

L'eix d'aquesta fase és el conjunt d'impressions i emocions sentides durant l'incident crític i s'indueix a que la persona-víctima els relati.

“La reacció dissociativa impedeix durant molt temps prendre consciència d'aquests sentiments, que més endavant se senten de manera negativa” (Pérez, 2013).

Es important que la persona comparteixi en grup tots els sentiments, pensaments i emocions, ja que les persones en aquests moments poden desbordar. La dinàmica de compartir les emocions i sentiments, provoca la percepció de semblança i normalitat de les reaccions. Parlar sobre emocions, sentiments i reaccions és fonamental, ja que el propi entorn d'aquesta experiència és causa de confusió que a la llarga poden donar lloc a dificultats.

Durant aquesta fase, és important que tots tinguin l'oportunitat de parlar, però el conductor ha d'estar pendent que no sorgeixi cap judici o crítica. Això és essencial perquè un dels principals processos terapèutics del Debriefing és dissenyar amb la família, l'amic o el conegut, les estratègies necessàries per enfrontar els problemes emocionals mutus i no per prendre actituds crítiques dins del grup. Generalment, l'ambient es distén, la tensió es minora i l'alleujament és pràcticament tangible.

5. Fase dels símptomes

Durant aquesta fase s'avaluaren els símptomes i les reaccions que es van presentar durant i després del fet traumàtic. El conductor començarà parlant sobre reaccions típiques, si el grup no vol parlar sobre aquest tema, alhora que preguntarà a als afectats si l'esdeveniment li va provocar o li ha provocat algun d'aquests símptomes o reaccions.

També es demanarà a les víctimes que descriguin quines son les reaccions que han experimentat durant la reconstrucció de l'esdeveniment.

En aquests moments serà quan els afectats informin sobre alguna reacció o símptoma relacionat amb l'estrès postraumàtic. Pot succeir que algunes persones desaprovin haver tingut impressions significatives o haver experimentat alguna reacció des de el fet traumàtic, també poden exposar reaccions fòbiques així com la sensació de no haver obtingut suport suficient tan familiar com per l'entorn que l'envolta, potser per la falta de comprensió de la situació traumàtica.

6. Fase de la formació i formulació

Aquesta fase és una etapa d'aprenentatge que s'empren en forma de diàleg entre els participants-víctimes i la tècnica debriefing. En aquesta fase es presenta informació precisa per tal de normalitzar les reaccions. Es realitzarà una síntesi per part del conductor del grup de les reaccions que presentin els afectats i assenyalarà les similituds entre unes i altres per tal de normalitzar-les. El conductor a més informarà dels possibles símptomes que podrien presentar-se en els dies o en les setmanes següents i destacarà que aquestes reaccions són de lo més normalitzades davant aquestes situacions i que amb el temps aniran reduint-se fins a desaparèixer. Això els permet als membres del grup, crear expectatives i formular algunes estratègies d'afrontament.

“Les principals sensacions que s'evoquen són fonamentalment la hiperactivitat, la dissociació i els records intrusos, així com la presència de comportaments o actituds derivats d'ells" (Pérez, 2013).

Ensenyar tècniques d'afrontament davant l'estrès, doncs, serà una de les tasques que durà a terme el conductor en aquesta fase, igual que guiar als participants cap a models de comportament saludables tals com l'alimentació, descans, activitat física, evitar l'alcohol o substàncies nocives per a la salut.

7. Fase de Recuperació

“Es tracta de crear un ritual de comiat de l'esdeveniment i de preparar-lo. És un acte simbòlic a través del qual, els participants expressen la fi de l'esdeveniment, passen pàgina i comencen un nou capítol" (Pérez, 2013).

L'objectiu d'aquesta fase es que el conductor motivi als participants perquè descriguin i expressin els seus possibles projectes de futur i les seves estratègies d'afrontament, tals com el suport a la família i suport donat per altres grups homogenis. Ens trobem davant l'última fase, per tant es la darrera oportunitat per clarificar i demanar qualsevol dubte, respondre a preguntes, fer conclusions i reintroduir novament al grup les seves funcions normals. S'ha de motivar els participants a que conservin la cohesió del grup i que es mantinguin en contacte amb l'equip conductor i acudir en cas necessari.

8. El seguiment

El seguiment té diverses modalitats: telefonar, enviar correus electrònics, posterior reunió amb el grup, avaluació psicològica, etc.

6. Pros i contres del Debriefing

El debriefing ha estat acceptat per una gran quantitat de terapeutes i és emprat tan en la pràctica clínica (individualment normalment) com en situacions d'emergències i desastres (normalment en la modalitat grupal). Això es deu, possiblement, per el seu baix cost, per la seva fàcil aplicació o per la manca d'alternatives (Vera, 2004).

Per a la prevenció de l'aparició de símptomes del Trastorn per Estrès Posttraumàtic, dons s'ha utilitzat regularment aquesta tècnica debriefing, però respecte als seus resultats han sorgit debats, Alguns autors qualifiquen aquesta tècnica de vacant, i fins i tot de perillosa, mentre que altres plantege beneficis al seu favor.

No obstant, la tècnica debriefing, continua sent la tècnica més utilitzada en psicologia davant desastres i emergències, a pesar dels seus resultats contradictoris. Així, en els últims anys, aquesta s'ha convertit en una de les intervencions més polèmiques i controvertides de la psicologia clínica (Raphael i Wilson, 2000 cit. a Vera, 2004).

Autors com Mc Nally (2004), dedueix “no només que l'evidència trobada a favor de debriefing no és convincent, sinó de continuar el seu ús pot portar a retardar el desenvolupament d'una intervenció en crisi veritablement efectiva.” (Mc Nally, 2004 cit. a Santacruz, 2008).

Bisson (2007) esmenta que “els resultats de la utilització del debriefing en una sola sessió individual reportar respostes negatives. A més afegeix que cap intervenció de rutina ha mostrat prevenir el desenvolupament del TEPT.”(Bisson, 2007 cit. a Santacruz, 2008).

D'altra banda, l'any 2005 Major assenyala que “les persones exposades a traumes han de rebre com a primera mesura teràpia psicològica, abans que el debriefing, i afegeix que aquesta intervenció no aporta el temps suficient perquè la persona pugui treballar sobre els seus pensaments , emocions i sentiments.”(Major, 2005 cit. a Santacruz, 2008).

A pesar de que la majoria de dades no aporten una millora, sinò per el contrari efectes desfavorables a aquesta tècnica, alguns estudis sí que mostren efectivitat amb aquest tipus d'intervenció.

Per la seva banda, l'any 1998 Cassen en el seu treball sobre reacció a estrès agut com un predictor del trastorn d'estrès posttraumàtic descriuen “haver tingut una impressió clínica de benefici en l'ús de debríng, ja que les persones exposades a l'esdeveniment traumàtic es van mostrar obertes a explicar les seves experiències.” La manera en que es emprada la tècnica es clau a la hora de la intervenció, no obstant, alguns autors com Chentob (1997) va aplicar la tècnica de manera diferent a la plantejada inicialment i va obtenir uns resultats satisfactoris. Chentob, l'any 1997, va aplicar el debriefing amb persones exposades a un desastre natu-

ral, exactament víctimes d'un huracà. Els resultats van mostrar disminució en l'escala d'impacte del fet traumàtic (Cessen, 1998 & Chentob, 1997 cit. a Santacruz, 2008).

No obstant això, el mateix autor, Mitchell J., de la tècnica puntualitza que “el debriefing mai ha de ser pres com una forma de teràpia i que sempre ha de ser aplicat dins d'un programa més complex, cosa que sembla haver estat oblidat en l'actual fervor que ha despertat la tècnica”.

Mitchell recorda que “el debriefing és efectiu no com a tècnica aïllada sinó com a element d'un programa d'intervenció complex, i adverteix de l'error de considerar la tècnica com la panacea de la intervenció en traumes, com si fos l'eina definitiva de curació" (Hodglinson i Stewart, 1997 cit. a Vera, 2004)

Seria convenient, doncs, el desenvolupament de noves formes d'intervenció que tinguin present en tot moment l'enorme varietat de reaccions i símptomes que deslliga un esdeveniment traumàtic entre les diferents persones afectades, ja que allò que resulta traumàtic per una persona potser no ho sigui per una altre, que les emocions i sensacions no són les mateixes en una persona i una altre encara que el fet si ho sigui, i que les situacions més crítiques i desastroses poden ser interpretades i significativament diferents per a cada un dels subjectes i cada cultura (Stulmiller & Dunning, 2000 cit. a Vera, 2004)

7. Conclusions

La intervenció psicològica està present en la història humana des de anys enrere, però fou des de els anys 80, que aquesta pràctica s'ha formalitzat dins el camp de la psicologia arrel de la tècnica coneguda com a Critical Incidents Stress Debriefing, ideada per Mitchell l'any 1983. Aquesta tècnica s'utilitza principalment en les intervencions en crisi per tal de prevenir el trastorn per estrès posttraumàtic. Consisteix, doncs, en l'exposició dels sentiments i emocions per part dels afectats en relació al fet traumàtic viscut, amb el propòsit de reordenar-cognitivament d'una forma més adaptativa les seves vides.

El debriefing ha de ser aplicat per psicòlegs professionals o per personal específicament entrenat, tal com és entesa per el seu creador, a grups de persones que han viscut un succeït traumàtic, entre les 24-72 hores del fet o durant la setmana següent, en una sessió aproximadament de dues hores de durada.

A mitjans dels anys 90, començaren a aparèixer les primeres investigacions sistemàtiques davant el dubte de la universalitat d'aquesta tècnica, ja que alguns autors es posicionaven en contra de l'eficàcia del debriefing.

A la vista dels resultats contradictoris, alguns autors conclouen que el debriefing és una tècnica infructuosa i presenta a llarg termini conseqüències negatives, i per aquesta motiu, no és un tractament adequat per a víctimes que experimenten fets traumàtics.

No obstant això, com els mateixos autors reconeixen que l'estudi presenta moltes limitacions metodològiques i la tècnica estructuralment és força limitada, la qual no s'ajusta de forma exacta al protocol de Mitchell. Es pot dir, que encara que es mantengui el mateix nom (Debriefing) s'han donat variacions en la modalitat original, cosa que potser que modifiqui els seus resultats.

D'altra banda, els estudis que donen suport a la tècnica són limitats i presenten serioses mancances metodològiques. Els defensors de la tècnica han intentat justificar els mals resultats trobats en molts estudis al·ludint al fet que en ells només es va realitzar una sessió, afirmant que diverses sessions són més poderoses i efectives, o exposen a favor del debriefing el fet de trobar en moltes de les revisions realitzades diferents tècniques d'aplicació, com ho són l'ús de manera individual i en moments no adequats.

No obstant això, per acabar, no sembla possible entendre com el debriefing ocupa un lloc tan privilegiat malgrat les crítiques, sense tenir en compte interessos que van més enllà de la pròpia pràctica de la psicologia, com interessos econòmics i legals.

Referent a això, alguns autors recalquen el fet que convé continuar utilitzant aquesta tècnica donat el seu baix cost en comparació amb altres i la dificultat de desenvolupar alternatives.

Finalment, davant la multitud de resultats contradictoris seria necessari realitzar altres estudis que permetin valorar la tècnica de manera més detallada i poder corregir els possibles errors que es cometien a l'hora de aplicar aquesta tècnica.

9. Bibliografia

Baldor, I., Jerez M.C. & Rodriguez, R.(2005)Intervención con grupos de víctimas del 11-M desde un centro de salud mental. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [online]. n.94, pp. 43-63. ISSN 0211-5735.

Becker, D., Castillo, M. & Díaz M.(1991). *Trauma y Reparación Después de la Dictadura en Chile: Consideraciones Clínicas y Sociales*. Trabajo presentado V Simposio Cultura y Situación Psicosocial en America Latina. Amburgo, Alemania: ILAS.

Carvajal, C.(2002) Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. [online]. *Revista chilena neuro-psiquiatria*. 40, suppl.2, pp. 20-34. ISSN 0717-9227.

De Solar, G. & Piper, I. (1995). Trauma Psicosocial y Violencia Política. *Revista Chilena de Psicología*, nº2, Vol. 16. pp. 11-19

Figley, C.R. (1983). The family as victim: Mental health implications. En P. Berner (*dir.*), *Proceeding of the VII World Congress of Psychiatry*. London: Plenum

Gavez, J.M, Pastrana, I. & Venegas, F. (2004). El proceso de traumatización en personas afectadas por terrorismo de Estado. Un desarrollo Conceptual. *Cuaderno de Psicología Jurídica*, nº2, pp. 1-13

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumption: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.

Mingote, J., Machón, F., Isla, M., Perris, G., Nieto, P. (2001). Tratamiento integrado del Trastorno de Estrés Postraumático.

Mitchell, JT. Y Everly, GS.(2000) Critical Incident Stress Management and Critical Incident Stress Debriefings:evolutions, effects and outcomes. En: *B.Raphael y JP:Wilson (Eds.) Psychological debriefing: Theory, practice and evidence (71-80)* New York: Cambridge University Press

Moreno, B., Morante, M., Garrosa, E. & Rodríguez, R. (2004). Estrés Traumático Secundario: El coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual* 12, 2, pp:215-231

Palacios A, Condori L & Ego-Aguire. *Guía de Primeros Auxilios Psicológicos*. Sociedad Peruana de Psicología de Emergencias y Desastres. Lima.

Pérez, J. (2013). Debriefing: Intervención Psicosocial en situaciones de emergencias. Master en cooperación internacional y ayuda humanitaria.

Rodriguez A, Escobar M, Arenas C, Morán M. (2005) Trauma por bombas y explosiones. Daño cerebral asociado. *Revista Colombiana de Radiología* 16(2): 1718-1722

Santacruz. J.M (2008) Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención de TEPT (trastorno de estrés postraumático). *Revista Colombiana Psiquiátrica* 37, 1, pp: 198-205

Torres, P. (2010). Trauma vicario y Catástrofes: Propuestas para el autocuidado de equipos con dramaterapia. En *Psiquiatria Universitaria* 6, 2, pp: 194-204

Vera Poseck, B. (2004) Debriefing: una revisión acerca de la polémica actual.

