



**Universitat de les
Illes Balears**

Título: Una aproximación a la técnica de intervención en crisis:
Debriefing Grup.

Nombre autora: Margalida López Llull

DNI autora: 43196387 - H

Nombre tutor: Quico Campos

Memoria de Trabajo Final de Grado

Estudios de Grado de: Trabajo Social

Palabras clave: trauma, estrés traumático secundario, estrés postraumático, crisis, *Debriefing* grup.

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2014 - 2015

En caso de no autorizar el acceso público al TFG, marca esta casilla:

Una aproximación a la técnica de intervención en crisis: *Debriefing* Grup.

Resumen: Toda persona a lo largo de su vida está expuesta a sufrir algún suceso traumático que puede dar lugar a un estrés severo. Como consecuencia de dicho estrés, la víctima puede sufrir un conjunto de síntomas, como por ejemplo, disociativos, e incluso, depresivos. El trauma, puede afectar negativamente en la persona deteriorando su calidad de vida así como sus relaciones sociales. Si los síntomas perduran, puede desarrollarse un trastorno de estrés postraumático. Es por ello importante la intervención inmediata para ayudar a la víctima y darle apoyo. Así, encontramos la técnica *Debriefing*, que tiene como objetivo disminuir y/o prevenir las respuestas de estrés, y aumentar el nivel de bienestar de las víctimas.

Palabras clave: trauma, estrés traumático secundario, estrés postraumático, crisis, *Debriefing* grup.

An approach to crisis intervention technique: *Debriefing* Group.

Abstract: Any person throughout his life can suffer from traumatic events that can lead to severe stress. As a result of this stress, the victim may suffer a set of symptoms, such as, dissociation and even depression. The trauma can negatively affect the person's quality of life and social relationships making them become worse. A post-traumatic stress disorder can develop if the symptoms persist. It is therefore important an immediate action to help the victims and give them support. Thus, we find the *Debriefing* technique, which aims to reduce and / or prevent stress responses, and increases the victims' welfare

Keys words: trauma, secondary traumatic stress, traumatic stress, crisis, *Debriefing* group.

Índice

1. Introducción	4
2. Conceptos básicos	5
2.1. Trauma	5
2.2. Estrés traumático secundario, fatiga por compasión, trauma vicario, síndrome de Burnout, trastorno de estrés postraumático	6
2.3. Crisis e intervención en crisis.....	11
3. Técnica de intervención en crisis: <i>Debriefing</i>	12
3.1. Nacimiento y definición de <i>Debriefing</i>	13
3.2. Objetivos y principios generales de <i>Debriefing</i> psicológico.....	15
3.3. Cómo llevar a cabo la técnica <i>Debriefing</i> y fases	16
3.4. Pros y Contras de la técnica <i>Debriefing</i>	18
4. Conclusiones	19
5. Referencias bibliográficas	21

1. Introducción

En este trabajo, se ha recopilado información de bibliografía diferente para llevar a cabo un recorrido por distintos conceptos relacionados con el suceso traumático, hasta hacer una aproximación de la técnica *Debriefing*.

Víctima, es toda persona que sufre un malestar emocional a consecuencia de un evento traumático. Hay que tener en cuenta, que las víctimas no son solo aquellas personas que viven en primera persona el evento traumático, si no también, son aquellas víctimas indirectas como los profesionales, testigos del evento traumático, los servicios de emergencia que ayudando dando apoyo psicológico, etc.

El evento traumático es considerado como un acontecimiento inesperado y negativo que pone en peligro la integridad física y/o psicológica de la persona. Podemos encontrar una gran variedad de eventos traumáticos: desastres naturales, terrorismo, accidentes, guerras, entre otros. Por tanto, estos sucesos traumáticos, pueden ser intencionados, como un ataque terrorista, o sucesos no intencionados, como un desastre natural.

Estos sucesos traumáticos tienen consecuencias. Por una parte, para las personas, pueden presentar una significación fisiológica (sudoración, temblor extremo, vértigo...), así como psicológico (confusión, nerviosismo, pesadillas, sentimientos de culpa, tristeza...). Por otra parte, también tienen consecuencias a nivel comunitario ya que pueden presentarse interferencias con los servicios básicos de supervivencia. Además, las comunidades pueden encontrarse conmocionadas y es necesario movilizar la ayuda necesaria desde el exterior del área afectada (Waninrib y Bloch, 2000).

Hay que tener en cuenta que cada persona es diferente, y, por tanto, las reacciones de las personas y los efectos derivados del suceso traumático serán diferentes. Además, existe la posibilidad de que la víctima pueda padecer un trastorno por estrés postraumático, a consecuencia de las reacciones que manifiesta al haber estado expuesto a un evento estresante.

Para poder prevenir el trastorno por estrés postraumático, es importante llevar a cabo una intervención temprana. Para dicha intervención se cuentan con numerosas técnicas en las cuales encontramos el *Debriefing*.

La técnica *Debriefing*, es un tipo de intervención inmediata que se desarrolla los primeros días después de haber transcurrido el evento traumático, para ayudar a las víctimas a manifestar las emociones experimentadas, así como para prevenir las reacciones

postraumáticas. Es de destacar, que el *Debriefing* es una técnica criticada positivamente como negativamente. Más adelante se va a profundizar con dicha técnica.

2. Conceptos básicos

2.1. Trauma y evento traumático

Para Morales, Gallego, & Rotger (2008) “el **trauma** se refiere a un evento que sobrepasa la capacidad percibida de la persona de afrontarlo, debilitándola a través de una pérdida central de control, y que crea la necesidad de defensas psicológicas” (p. 8). Gil (2006, en Morales, G., Gallego, L.M. & Rotger, D. (2008)) describe el trauma como la respuesta que hace el individuo cuando se enfrenta al suceso o la interpretación que él le da, lo que origina la traumatización.

Para Freud (2002, en Madariaga, C. (2002)) “el trauma es la consecuencia de un gran evento traumático o de una secuencia temporal de traumas parciales de menor envergadura que han operado sobre el psiquismo del sujeto sobrepasando su barrera protectora” (p. 9).

Hay que tener en cuenta que el trauma es a consecuencia de experimentar un **evento traumático**. Para Wainrib, R. y Bloch (2001, en Rocamora, A. (2012)) considera el evento traumático como algo destructivo en la vida de las personas, familiares así como terceras personas que se han visto involucradas. Los eventos traumáticos, pueden ser producidos por la misma naturaleza o por el hombre, así el rango de eventos traumáticos es muy variado (atentados terroristas, terremotos, inundaciones, asesinatos...).

De esto modo, el trauma es la respuesta de la persona – víctima del suceso o de un conjunto de sucesos traumáticos (producidos por catástrofes naturales o por el propio ser humano), haciéndole que pierda el control de sí mismo, debilitándola, e incluso, produciéndole una pérdida de sentimiento de seguridad de la propia víctima.

2.2. Estrés traumático secundario, fatiga por compasión, trauma vicario, síndrome de Burnout, trastorno de estrés postraumático

Las consecuencias de los efectos postraumáticos no solo afectan a las personas que las sufren directamente, si no también, son víctimas aquellas personas que han observado desde afuera la catástrofe, así como los servicios sanitarios, personal de emergencias, psicólogos, trabajadores sociales, bomberos, policías... Es decir, es víctima toda aquella persona que ha tenido contacto con el evento traumático y con las personas que lo han sufrido directamente.

De esta manera el concepto de **estrés traumático secundario** hace referencia según Figley (1983, en Moreno – Jiménez, B., Morante, M.E., Garrosa, E. & Rodríguez, R. (2004)) “al conjunto de emociones y conductas derivadas como consecuencia de tener contacto con el evento traumático que ha experimentado la víctima” (p. 217). Es decir, es aquel estrés que pueden padecer las personas que han visto las consecuencias de los eventos estresantes vividas por las víctimas del trauma.

Moreno – Jiménez, Morante, Garrosa & Rodríguez (2004) han desarrollado una tabla de sintomatología del estrés traumático secundario que se puede observar a continuación:

Tabla I. Sintomatología del estrés traumático secundario.

Reacciones cognitivas
<ul style="list-style-type: none">• Sueños y pesadillas recurrentes sobre el desastre• Problemas de concentración• Recuerdos de cosas• Cuestionamiento de creencias espirituales• Pensamientos de amor insistentes hacia alguien que murió en el desastre
Reacciones emocionales
<ul style="list-style-type: none">• Sentimientos de paralización• Ausencia o dispersión• Miedo y ansiedad ante eventos• Sonidos u olores que recuerdan al desastre• Sentimientos de falta de gozo en actividades cotidianas• Estado de depresión la mayor parte del tiempo• Ira o irritabilidad intensa• Sensación de vacío o desesperanza hacia el futuro
Reacciones motores
<ul style="list-style-type: none">• Sobreprotección en la Seguridad propia y la de su familia• Auto aislamiento• Hipervigilancia• Problemas de sueño• Evitar todo aquello que le recuerde el desastre• Tener conflictos progresivos con los miembros de la familia• Mantenerse excesivamente ocupado para evitar pensar acerca de lo sucedido• Dolores de cabeza• Malestar
Reacciones somáticas
<ul style="list-style-type: none">• Insomnio• Dolores de cabeza• Malestar estomacal• Tensiones musculares• Aceleración del ritmo cardiaco• Temperatura corporal fluctuante

Fuente: Moreno – Jiménez, Morante, Garrosa & Rodríguez (2004) (p. 219)

Mediante la tabla, se puede observar cuáles pueden ser los síntomas resultantes del estrés traumático secundario que se manifiestan en reacciones cognitivas, emocionales, motoras y somáticas.

Como se ha explicado anteriormente, en el estrés traumático secundario, es víctima toda aquella persona que ha vivido el evento traumático, así como las personas que han tenido contacto con las víctimas que lo han sufrido. En este contacto se destaca a los distintos profesionales que trabajan con las víctimas directas.

Los profesionales, al relacionarse con las víctimas, pueden experimentar **fatiga por compasión** que según Morales, Gallego, & Rotger (2008) “es un estado experimentado por los que ayudan a las personas traumatizadas o que han sufrido situaciones abusivas (o de distrés); se trata de aquellos a los que se les ayuda, hasta el grado de que es traumatizante para el que facilita la ayuda” (p. 12). De esta manera, la persona que ayuda, se ve traumatizada o sufre debido a los esfuerzos para entender a la persona/víctima del evento traumático. El proceso que suelen seguir las personas que ayudan a las víctimas suele ser: exposición, empatía/compasión y preocupación.

Figley (1982, en Moreno – Jiménez, Morante, Garrosa & Rodríguez (2004)) hace referencia a la fatiga por compasión como “la tensión traumática secundaria, o lo que es lo mismo, al coste de preocuparse por los otros o por su dolor emocional” (p. 216).

En la fatiga por compasión hay que tener en cuenta las distintas emociones y conductas derivadas de los relatos dolorosos y/o traumáticos que han sido experimentados por otras personas, se caracteriza por tres grupos de síntomas, que para Morales, Gallego & Rotger (2008), son:

1. Re – experimentación (revivir y recordar con una gran carga emocional)
2. Evitación y entumecimiento emocional (actitudes de distanciamiento tanto físico como afectivo de las personas)
3. Hiperactivación – arousal (estado de tensión y alerta permanente y alta reactividad)

Estos síntomas pueden ser experimentados por cualquier profesional, así como, por los miembros de la familia y amigos que están relacionados con el trauma de la víctima.

A través del desarrollo de las estructuras cognitivas, la persona – víctima construye su propia realidad de lo que ha vivido, dando lugar a la **traumatización vicaria**.

De esta manera, según Morales, Gallego & Rotger (2008),

“la traumatización vicaria está relacionado con trastornos en los esquemas cognitivos de cinco áreas de la persona: la seguridad (sentirse seguro del daño por uno mismo y por los demás), la confianza y la dependencia (ser capaz de depender y confiar en los demás y en uno mismo), la autoestima (sentirse valorado por los demás y por uno mismo, y valorar a los demás), la intimidad (sentirse conectado a los demás y con uno mismo) y el control (la necesidad de ser capaz de “aceptar y gestionar” los sentimientos y comportamientos propios, así como los de otros) cada una representando una necesidad psicológica” (p. 13).

Así, los efectos perjudiciales de la traumatización vicaria se producen por los cambios producidos en estos esquemas mencionados anteriormente.

Charles Figley (1995, en Moreno – Jiménez, B., Morante, M.E., Garrosa, E. & Rodríguez, R. (2004)) introdujo el concepto de **desgaste por empatía**. Figley, indica cuatro factores relacionales con el profesional de la ayuda que juegan un importante papel en la tendencia a experimentar estrés traumático secundario, estos son: “la capacidad para empatizar, el comportamiento hacia la víctima, la habilidad para distanciarse del trabajo y el propio sentimiento de satisfacción de poder ayudar. Más tarde, introdujo la propia experiencia o historia traumática del cuidador” (p. 220). Hay que tener en cuenta, que la empatía ayuda a los profesionales a comprender el proceso traumático por el que está pasando la víctima, pero durante ese proceso de comprensión, el profesional puede llegar a traumatizarse del mismo modo (Figley, 1997, en Moreno – Jiménez, B., Morante, M.E., Garrosa, E. & Rodríguez, R. (2004)).

Lynch & Lobo (2012, en Campos, Cardona, Cuartero & Cañas. (2014)) define desgaste por empatía como, "el estado de agotamiento y disfunción biológica, psicológica y social, resultado de la exposición prolongada al estrés por compasión y todo el que ello evoca" (p. 5).

También, como explican Campos, Cardona, Cuartero & Cañas (2014), es importante tener en cuenta, el **desgaste por empatía en voluntarios**, ya que “si un voluntario experimenta dicho fenómeno, su capacidad para empatizar, conectar y ayudar a las personas con las que trabaja se ve gravemente disminuida” (p. 5).

Así, el **síndrome de Burnout**, también es conocido como “desgaste o estar quemado en el trabajo”. Según, Morales, Gallego, & Rotger (2008) el síndrome de Burnout “es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado” (p. 13).

Puede aparecer tanto en los profesionales que ejercen profesiones de ayuda así como aquellas personas que cuidan a otras. El Burnout puede producirse por diferentes causas, como por ejemplo: causado por el conflicto entre los valores individuales y los objetivos y demandas de las organizaciones, por una sobrecarga de responsabilidades, la falta de respeto en el lugar de trabajo... (Maslach y Leiter, 1997, en Morales, G., Gallego, L.M. & Rotger, D. (2008)).

Es decir, el Burnout es el resultado de estar durante un largo periodo de tiempo implicado en situaciones emocionalmente abundantes, que producen un estado de desgaste físico emocional y mental.

Por último, hay que tener en cuenta que, si los síntomas que padece la víctima como consecuencia del suceso traumático perduran durante mucho tiempo, se puede desarrollar un **trastorno por estrés postraumático**. Para Villafaña, Minaliesio, Marcellino & Amodei (2003), el trastorno por estrés postraumático hace referencia al “repertorio de reacciones que manifiesta un individuo luego de haber estado expuesto a un evento altamente estresante ante el cual ha respondido con temor u horror intensos” (p. 82). El elemento crítico que vuelve traumático a un suceso son las interpretaciones que hace la propia persona referidas al significado que se le atribuyen al mismo.

Los criterios diagnósticos para el trastorno por estrés postraumático según el DSM – V (en Villafaña, A., Milanesio, M.S., Marcellino, C.M. & Amodeim, C. (2003)) (p. 33), son:

- La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido: la persona que ha presenciado, experimentado o le han explicado los acontecimientos y la persona que ha respondido con temor, desesperanza o horror intensos.
- El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas, como por ejemplo: recuerdos del acontecimiento que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones; respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos i externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático...
- Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, como por ejemplo: esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático; incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma; reducción acusada a la participación en actividades significativas...
- Síntomas persistentes de aumento de la activación (ausentes antes del trauma), como pueden ser dificultades para conciliar el sueño, dificultad para concentrarse, hipervigilancia, ataques de ira...
- Estas alteraciones se prolongan más de un mes.
- Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Para Wainrib & Bloch (2000), es importante que durante el proceso de valoración individual se tenga en cuenta si la víctima sufre un trastorno de estrés postraumático, ya que se puede identificar a aquellas personas que necesitan con más urgencia de una intervención, además de poder ser mejor comprendido y tratado más profundamente. Por último, los síntomas del

trastorno por estrés postraumático que padecen las víctimas puede durar por un periodo de tiempo breve o por muchos años.

2.3. Crisis e intervención en crisis

Toda persona en algún momento de su vida ha tenido una crisis debido a transiciones biológicas, la pérdida de un ser querido o de algo, cambio de roles... De esta manera, se pueden padecer crisis psicológicas que ocurre, cuando un evento traumático desborda la capacidad de una persona de manejarse en un modo usual (Benveniste, D. 2000).

Según Caplan (1964, en Rocamora, A. (2012)), define crisis como, “la condición de la reacción de un individuo en un punto crítico, dentro de una situación peligrosa, que amenaza la integridad o la totalidad” (p. 33). Así, la crisis psicológica es aquella que aparece de forma aguda cuando el equilibrio psicológico se ha interrumpido, los mecanismos habituales de afrontamiento han fallado en sus intentos de resolver el problema o restablecer el equilibrio psicológico, y el estrés producido por la crisis causa una determinada disfunción (Costa & Gracia, 2002).

El evento que puede causar una crisis en una persona no tiene porqué hacerlo en otra persona. Cada crisis tiene sus propias características en lo manifiesto, su origen concreto y su proceso específico. Pero, en general, se pueden encontrar características comunes a todas las crisis, según Caplan (1964, en Rocamora, R. (2012)) (p. 40), son:

- El factor esencial, que determina la aparición de la crisis, es el desequilibrio entre la dificultad del problema, y los recursos que el individuo dispone para afrontarla. Por este motivo, cada individuo delante de un mismo evento pueda dar una respuesta diferente y por esto, situaciones que objetivamente no son graves, pueden producirse una gran crisis.
- La intervención externa durante la crisis puede compensar el desequilibrio que se ha producido y llevar al individuo a un nuevo estado armónico.
- Durante la crisis, la persona experimenta una intensa necesidad de ayuda. Así como, mientras dura la crisis el sujeto es más susceptible a la influencia de los otros, es decir, a la ayuda externa, que en los períodos de funcionamiento equilibrado o de total desorganización.

De este modo, a veces, para poder superar una crisis psicológica es necesaria la intervención psicológica. Para Caplan (en, Costa, A. & Gracia, M. (2002)), la intervención “es un recurso

que engloba el conjunto de acciones y técnicas que tienen por objetivo la asistencia psicológica en emergencias” (p. 31). Teniendo como objetivo la reducción del estrés agudo, el restablecimiento de un funcionamiento independiente y adaptado y la prevención de los efectos de un posible trauma psicológico en las víctimas.

No solo existe un modelo único de intervención para todas las víctimas, si no, que se debe llevar a cabo una aproximación sistemática, amplia y multifactorial.

Así como mencionan Costa & Gracia (2002), para desarrollar las intervenciones en crisis, es necesario el entrenamiento y preparación para garantizar la eficacia en la intervención. De este modo, para dar respuesta a la crisis, es importante la mejor elección de la intervención, llevarla a cabo en el momento adecuado, y elegir el tipo de ayuda específica que necesitan las víctimas.

Para Caplan (1964, en Costa, A. & Gracia, M. (2002)), define la intervención en crisis como, “una actuación acotada y urgente que se realiza después de una catástrofe, crisis o emergencia en la que hay que: intervenir con rapidez, estabilizar la situación, facilitar la comprensión de los hechos, focalizar en la resolución de problemas y alentar la dependencia de recursos propios” (p. 31).

Por último, para realizar la intervención en crisis hay una serie de factores, como por ejemplo la cohesión grupal, la disminución de recuerdos perturbadores o el hecho de compartir información, que puede facilitar el proceso de recuperación. La intervención psicológica, debe tener como finalidad llevar cambios en tres aspectos, estos son: ayudar a liberar las emociones descargando tensión, proporcionar apoyo social y facilitar estrategias adaptadas de afrontamiento (Costa, A. & Gracia, M. (2002)).

3. Técnica de intervención en crisis: *Debriefing*

Cuando una persona está sufriendo una crisis psicológica, puede ser necesaria la intervención psicológica en crisis.

Para la intervención psicológica, hay que tener en cuenta la elección del tipo de intervención, así como, hacer una valoración para saber si desarrollar una intervención individual o un trabajo en grupo.

De esta manera, una de las técnicas grupales que podemos encontrar es el *Debriefing*.

3.1. Nacimiento y definición de *Debriefing*

Para Bailly (2003, Bessoles, P. (2006)), en los años 70 se llevó a cabo la clasificación de las intervenciones psicológicas en Estados Unidos.

En Europa, el antecedente proviene de la psiquiatría militar llamada “psiquiatría de la línea del frente”. El anglicismo para *Debriefing*, comprende alguna “aproximación” prejuiciosa a un consenso metodológico. Además, en su inicio, la palabra *Debriefing* fue usada en la fuerza aérea. Antes de una misión, los pilotos eran *Briefed*, y, luego de su regreso eran *Debriefed*, Bailly (2003, Bessoles, P. (2006)).

Salmon (1917, en Bessoles, P. (2006)) concretó los cinco principios fundantes de la “psiquiatría de la línea del frente” que son: inmediatez, proximidad, expectativa, simplicidad y la centralidad.

Por otra parte, el concepto *Debriefing*, fue propuesto por primera vez por Marshall, en 1945, y posteriormente, Mitchell, J. (1988, en Bessoles, P. (2006)) clasificó dicha técnica para aplicarla a equipos de rescate.

La “psiquiatría de la línea del frente” hace referencia a la urgencia del tratamiento psíquico en los campos de batalla. El contexto psicopatológico, es el de las neurosis de guerra y neurosis traumáticas. Desde la descripción del “síndrome de la bala de cañón”, observado durante las batallas napoleónicas, el tratamiento de los síndromes post traumáticos sigue los cambios realizados en el concepto de traumatismo (Bessoles, 2006).

Para Santacruz (2008), fue con la primera y segunda guerras mundiales, que se empezó a dar importancia a las primeras intervenciones, para tratar las reacciones al estrés agudo, que han sido generadas por las circunstancias bélicas. El objetivo de las primeras intervenciones, es dar la posibilidad de descargar la tensión emocional, generada por las situaciones impactantes, que provocan sufrimiento y malestar, así como las limitaciones y dificultades en la vida social y laboral.

En 1983, Jeffrey Mitchell describió la técnica de *Critical Incident Stress Debriefing* – CISD (Mitchell, 1983), que más tarde fue profundizada por otros, como el noruego Dyregroy (Mitchell, 1983), quien le dio el nombre de *Debriefing psicológico*.

El *Debriefing* psicológico, hace referencia, al desarrollo de una intervención breve, que se lleva a cabo los primeros días luego del evento traumático. Generalmente, es una sesión grupal de más o menos tres o cuatro horas de duración, en la que las víctimas afectadas por la

situación traumática hacen una especie de catarsis, contando sus sentimientos y reacciones frente al evento, (Santacruz, 2008).

Por otra parte, Michell y Evely, (2001, en Echeburúa, E. & Coraal, P. (2007)) definen el *Debriefing* psicológico como, el desarrollo de una breve intervención inmediata, que se ofrece a las víctimas de un acontecimiento traumático. Generalmente, se lleva a cabo en el mismo lugar de los hechos, teniendo como objetivo prevenir las alteraciones psicopatológicas posteriores, especialmente el trastorno por estrés postraumático.

Además, para Costa & Gracia (2002), describen el *Debriefing* como, “una forma de intervención en crisis que se ha desarrollado para prevenir crisis personales, estrés traumático o estrés traumático secundario” (p. 30).

Por tanto, el *Debriefing*, es una técnica de intervención en crisis temprana, dirigido a las víctimas de eventos traumáticos, con el objetivo de prevenir las alteraciones psicopatológicas.

3.2. Objetivos y principios generales de *Debriefing* psicológico

Los objetivos generales de las intervenciones tempranas post – traumáticas son, para Bessoles (2006) (p. 58):

- Minimizar la dramatización y “normalizar” las respuestas iniciales a las reacciones inmediatas post – traumáticas.
- Prevenir y reducir la aparición de problemas post – traumáticos posteriores, explicando su frecuencia y su “normalidad” de aparición.
- Ofrecer la posibilidad de tratamiento terapéutico y apoyo social legal, si es necesario.

Para Mitchell y Everly, (1993, en Costa, A. & Gracia, M. (2002)) el objetivo principal es, ayudar a las víctimas de los desastres, a sus familiares y a todas las personas implicadas en la asistencia de la emergencia. Intentando disminuir y/o prevenir las respuestas de estrés, el sufrimiento psicológico, aumentar el nivel de bienestar de las personas que han sido víctimas o testigos del evento traumático.

Por último, existen dos escuelas opuestas en el tratamiento de las víctimas caracterizadas por distintas metodologías, la metodología anglosajona y la francesa.

Para Mitchell (19834, en Bessoles, P. (2006)), la teoría anglosajona, se fundamenta en base a tres principios: el primer principio haciendo referencia a la estructura, implementando un plan médico y de seguridad en el lugar restableciendo una sensación de protección, seguridad, control sobre los acontecimientos y expresión de los afectos. El segundo principio se refiere al escuchar, promoviendo la verbalización y la validación de la normalidad de las reacciones post – traumáticas; y el último principio, está ligado al retorno a la vida civil, a través de un diagnóstico predictivo de factores de resiliencia y una preparación psicológica para un registro psicosocial.

Por otra parte, para Crocp & Bessoles (2004, en Bessoles, P. (2006)) la teoría francesa, se fundamenta a través de diez principios de la intervención psicológica temprana con las víctimas, estos principios son: establecer una “cámara de aire” intermedia para las víctimas, en la que vuelvan a retomar valores, tiempo y espacio normales; rescatar el confort de las personas en su integridad; alentarlos para que verbalicen su propia experiencia del hecho traumático; informar a la persona acerca del estrés semiológico, el trauma y sus características temporarias; alentar la eliminación del aislamiento e incomunicación post – traumática; ajustar las relaciones de grupo y calmar las derivaciones xenofóbicas; reducir el sentimiento de desvalimiento, fracaso y culpa; preparar para un retorno al ambiente social y familiar;

identificar a los individuos que podrían sufrir descompensaciones psíquicas; y por último, concluir el reajuste.

3.3. Fases

Para llevar a cabo la técnica *Debriefing*, para Costa & Gracia (2002), se deben formar grupos entre una y diez personas, donde estarían incluidos los responsables que actuarían como facilitadores (uno de los cuáles tomaría el rol central).

En el *Debriefing*, pueden participar las personas afectadas por el evento traumático, es decir, toda persona que ha padecido el desastre, como por ejemplo: las personas que han sufrido el evento traumático, las personas que han sido testigos, los profesionales de las emergencias que han intervenido...

A continuación, se desarrolla una tabla donde se puede observar las siete fases que componen la técnica *Debriefing*, explicadas por dos autores diferentes.

Fase/Autor	Bessoles (2006)	Fase/Autor	Santacruz (2008)
<u>Fase de introducción</u>	Es el tiempo que utiliza el equipo que interviene para introducir el sistema.	<u>Fase de introducción</u>	El equipo aclara que el <i>Debriefing</i> no es una psicoterapia, siendo el objetivo aliviar parte de los síntomas presentes después de la exposición traumática.
<u>Fase de descripción</u>	Los participantes son invitados a describir el acontecimiento y sus experiencias reales vividas.	<u>Fase de los hechos</u>	El equipo da la palabra a cada uno de los participantes para que describa la situación vivida.
<u>Fase de reflexión</u>	Promueve el desarrollo psíquico individual y la sensibilidad individual y colectiva.	<u>Fase de pensamiento</u>	Se fomenta a cada uno de los participantes que narre sus pensamientos a lo largo de todo el desarrollo del evento.
<u>Fase de</u>	Requiere la expresión de los	<u>Fase de</u>	Promueve la elaboración de los

<u>respuesta</u>	afectos y la sensibilidad individual y colectiva.	<u>sentimientos</u>	sentimientos teniendo en cuenta el suceso, basándose en la teoría de que cada uno tiene sentimientos que valen la pena ser contados y admitidos.
<u>Fase de síntomas</u>	Los participantes describen su conducta desde el acontecimiento, particularmente el aspecto sintomático	<u>Fase de reacción</u>	Se le pide a las personas que expresen, si lo desean, alguna reacción física o psicológica.
<u>Fase de enseñanza</u>	Con el objeto de “normalizar” las reacciones y prevenir reacciones posteriores.	<u>Fase de estrategia</u>	El objetivo es sintetizar las reacciones y respuestas relacionadas y las califica como no patológicas frente a una situación de tales características.
<u>Fase de conclusión</u>	Invita a plantear más preguntas y propone un seguimiento individual para las personas que lo solicitan.	<u>Fase de reentrada</u>	Se lleva a cabo un gran resumen de lo ocurrido en la sesión, y se valora la posibilidad de que alguno de los participantes requiera una intervención.

Elaboración propia

Santacruz (2008) resume la intervención en cuatro fases, una de introducción, luego de narración, otra de intervención y por último de educación.

3.4. Pros y Contras de la técnica *Debriefing*

La utilización de la técnica *Debriefing* para prevenir la aparición de los síntomas del trastorno del estrés postraumático han concluido en resultados contradictorios, des de resultados exitosos a resultados desfavorables.

Por una parte, hay distintos autores que están en contra hacia la técnica *Debriefing*. Para McNally, (2004, en Santacruz, J.M. (2008)) concluye que para continuar con el uso de dicha técnica puede llevar a retardar el desarrollo de una intervención en crisis efectiva, además de ser una pérdida de tiempo, dinero y recursos.

Mayor (2005, en Santacruz, J.M. (2008)) menciona, que las personas expuestas a eventos traumáticos deben recibir como primera medida terapia psicológica, antes que medicamentos e incluso la técnica *Debriefing*, ya que este tipo de intervención no aporta el tiempo suficiente para que la persona pueda trabajar sobre sus pensamientos, emociones y sentimientos.

Mayou (2000, en Santacruz, J.M. (2008)) comenta, que los veteranos de la guerra del Golfo, que recibieron *Debriefing*, no mostraron ninguna diferencia con el grupo control en dos escalas de medición para trastorno de estrés postraumático. En otro estudio, tampoco mostraron evidencia de la intervención individual de *Debriefing* para la reducción de los síntomas del trastorno de estrés postraumático, ni para la ansiedad o depresión después del evento traumático.

Para Echeburúa y Corral (2007), las personas traumatizadas con niveles muy altos de evitación, son más resistentes a exponerse a los recuerdos traumáticos. Algunas emociones, son predictores de la eficacia del tratamiento de exposición en imaginación a los recuerdos traumáticos, así, la ira, la venganza o la culpa, responden peor al tratamiento.

Echeburúa & Corral (2007), explican que a pesar de ser una técnica popular, los resultados han sido insatisfactorios. Es verdad que la terapia de exposición parece la más efectiva para hacer frente al trauma, pero, las personas traumatizadas con niveles muy altos de evitación son muy resistentes a exponerse a los recuerdos traumáticos. En estos casos “la motivación para el tratamiento e incluso la implicación en las tareas terapéuticas dolorosas, (...) como la exposición a los sucesos traumáticos, sólo pueden darse cuando hay una buena relación terapeuta – paciente y la víctima se siente preparada para ello”. Además consideran al *Debriefing* como “una primera etapa en un programa de salud mental amplio que cuenta con diversas fases en el tratamiento del trauma”.

Por otra parte, hay autores que están a favor de la técnica *Debriefing* como, Hammond y Brooks (2001, en Santacruz, J.M. (2008)) que llevaron a cabo una revisión en la que exponen cómo el *Debriefing*, dentro de su aplicación, puede disminuir la respuesta a los estresantes. Por otra parte, Cassen *et al* (1998, en Santacruz, J.M. (2008)), en su trabajo acerca de reacción a estrés agudo como un predictor del trastorno de estrés postraumático, describen haber tenido una impresión clínica de beneficio en el uso de *Debriefing*, ya que las víctimas se mostraron abiertas a contar sus experiencias.

Chentob *et al.* (1997, en Santacruz, J.M. (2008)) investigaron a personas expuestas a un desastre natural, aplicando la técnica *Debriefing*, seis meses después del desastre, y los resultados mostraron disminución en la escala de impacto del evento. Los autores concluyeron que había suficiente apoyo empírico para corroborar la efectividad de una intervención psicológica posterior al desastre.

Por último, otra investigación sobre la eficacia del *Debriefing* llevada a cabo por Saari *et al* (1996, en Costa & Gracia (2002)), con las víctimas del hundimiento del Estonia en el Norte del mar Báltico en 1994, indicaron que las reacciones al estrés disminuyen con el tiempo en aquellas personas que individualmente han participado en el *Debriefing*, además las mujeres consideran el *Debriefing* de más ayuda que los hombres.

4. Conclusiones

Los sucesos traumáticos pueden dejar a las personas consecuencias emocionales crónicas, así como hacer a las personas más vulnerables. Pero, hay personas que se muestran resistentes a la aparición de las consecuencias tras experimentar el suceso traumático. Esto, depende de la existencia de un trastorno psicopatológico previo, de la intensidad y gravedad de eventos estresantes, el apoyo psicológico y social recibido durante y después del suceso traumático. (Foa, Keane y Friedman, 2003 en Echeburúa, E. & Corral, P. (2007)).

De esta manera, encontramos la técnica *Debriefing* como una técnica de intervención en crisis temprana, dirigido a las víctimas de eventos traumáticos, con el objetivo de prevenir las alteraciones psicopatológicas. Para dicha técnica es importante establecer una relación de empatía y de ayuda, entre el paciente y el profesional. Para ello, es necesario una escucha activa en un ambiente tranquilo, de máxima confidencialidad, y la expresión de emociones que desempeñan un papel especialmente importante.

Por una parte, encontramos importante la necesidad de detectar a las personas que realmente necesitan de un tratamiento. Identificar a las víctimas por sus necesidades específicas y de este modo, adecuar el tipo de intervención más urgente. Además de llevar a cabo programas eficientes protocolizados de intervención para víctimas de distintos sucesos traumáticos, así como, la necesidad de disponer de todos los recursos (humanos, sociales, materiales) necesarios para que la intervención sea eficaz.

En cuanto al *Debriefing*, encontramos problemas debidos a las variaciones en el uso de la técnica, lo que hace más difícil el análisis de resultados o las comparaciones.

Pese a la falta de información sobre la técnica *Debriefing*, así como, la falta de estudios, encontramos que el *Debriefing*, es una técnica necesaria y que puede ser de gran ayuda para poder prevenir las consecuencias del trastorno por estrés postraumático. Un tratamiento temprano permite que la duración de los síntomas se reduzcan, ya que ayuda a expresar las emociones vividas durante el suceso. Por otra parte, hay que tener en cuenta, que hay víctimas que no desean expresar sus emociones con personas desconocidas y que buscan exclusivamente las redes naturales de apoyo social (familia, amigos, etc.) y, por tanto, se tiene que respetar.

Sería necesario llevar a cabo más estudios que corrijan las dificultades que los distintos profesionales se han encontrado cuando han puesto en práctica dicha técnica, así, hacer una mejor valoración del *Debriefing* para mejorar dicha intervención, hacerla más eficaz y, por tanto, tener mejores resultados.

Por último, encontramos conveniente, facilitar información a las víctimas para que tengan conocimiento de la técnica *Debriefing*, así como las posibles respuestas que pueden tener ante un suceso traumático, saber cuáles son los síntomas de un trastorno por estrés postraumático, los recursos disponibles que pueden acceder, etc. Además, esta información, con el objetivo de ser preventivo, se puede dar a conocer en otros ámbitos como, en los medios de comunicación, empresas... para una mayor difusión.

5. Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.) (DSM – V). Washington, DC: APA.
- Bailly, L. (2003). “Le débriefing psychologique: indications et limites”, *Comprendre et soigner le trauma en situaciónn humanitaire*. París: Dunod.
- Benveniste, D. (2000). Intervención en Crisis Después de Grandes Desastres. *La Revista del Sociedad Psicoanalítica de Caracas*, 1 (4), 1 – 9.
- Bessoles, P. (2006). Psicoterapia post – traumática. Contribución a una teorización psicodinámica de “Defusing y Debriefing psicológico”. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, (9), 53 – 68.
- Campos, J. F., Cardona, J. Cuartero, M. E. & Cañas, A. (2014). Fátiga por compasión el práctica de voluntariado. *XVII Congreso Estatal de Voluntariado*. Universidad de las Islas Baleares.
- Caplan, G. (1964). *Principles of Preventive Psychiatry*. New York: Basic Books.
- Chemtob, C. M., Tomas, S., Law, W. & Cremniter, D. (1997). Postdisaster psychosocial intervention: a field study of the impact of *Debriefing* on psychological distress. *Am J Psychiatry*, 4 154 (3), 415 . 7.
- Classen, C., Koopman, C., Hales, R. & Spiegel, D. (1998). Acute stress disorder as a predictor of posttraumatic stress symptoms. *Am J Psychiatry*, 155 (5), 620 – 4.
- Costa, A. & Gracia, M. (2002). Debriefing y tría psicológica en intervención en crisis: una revisión. *Psiquis*, 23 (5), 3ª - 40.
- Crocq, L. & Bessoles, P. (2004). *(sous la direction), Récidive, réitération, répétition: lien d'emprise et loi des séries, Victime/Agresseur*, Tomo IV, Saint – Maiximin, Editions du Champ Social.
- Echeburúa, E. & Coraal, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿cuándo, cómo y para qué?. *Psicología conductual*. 15 (3), 373 – 387.
- Figley, C.R. (1982). Traumatization and confort. Close relationships may be hazardous to your health. Keynote address for Families and Close Relationships: Individuals in Social Interaction, Comunicación presentada en Texas Tech University, Lobbcock, TX.

- Figley, C.R. (1983). The family as víctima: Mental Health implications. En P. Berner (dir.), *Proceedings of the VII World Congress of Psychiatry*. Londres: Plenum.
- Figley, C.R. (1995). *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumàtic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nueva York: Brunner/Mazel Publishers.
- Figley, C.R. (1997). *Burnout in families: The systemic costs of caring*. Nueva York: CRC Press.
- Foa, E. B., Keane, T. M. & Friedman, M. J. (2003). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona: Ariel.
- Freud, S. (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. Francia: Amorrortu editores.
- Gil, E. (2006). *Helping Abused and Traumatized Children*. New York: The Guilford Press.
- Hammond, J. & Brooks, J. (2001). The World Trade Center attack. Helping the helpers: the roles of critical incident stress management. *Crit Care*, 5 (6), 315 – 7.
- Lynch, S. H., & Lobo, M. L. (2012). Compassion fatigue in family caregivers: a Wilsonian concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 68 (9), 2125–34.
- Madariaga, C. (2002). *Trauma Psicosocial, Trastorno de Estrés Postraumático y Tortura*. Serie Monografías N° 11. Santiago: Ediciones Cintras.
- Maslach, C. & Leiter M.P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco: Jossey – bass.
- Mayou, R. A., Ehlers, A. & Hobbs, M. (2000). Psychological *Debriefing* for road traffic accident victims: three – year follow up of a randomized controled trial. *Br J Psychiatry*, 176, 589 – 93.
- Mayor, S. (2005). Psychological therapy is better tan *Debriefing* for PTSD. *BMJ*, 330 (7493), 689.
- McNally, R.J. (2004). Psychological *Debriefing* does not prevent posttraumatic stress disorder. *Psychiatric Times*.
- Mitchell, J.T. (1983). When disaster strikes... the critical incident stress debriefing process. *JEMS*, 8 (1), 36 – 9.
- Mitchell, J.T. (1988). “*History Status and Future of CISD*”, *Journal of Emergency Medical Services*, N° 13, pág. 49 – 52.

Mitchell, J. T. & Everly, G. S. (1993). *Critical incident stress debriefing*. Ellicott City: Shewron.

Mitchell, J. T. & Everly, G. S. (2001). *Critical incident stress management: An operations manual for CISD, defusing and other group crisis intervention services* (3ª ed.). Ellicott City, MD; Chevron Publishing Corporation.

Morales, G., Gallego, L.M. & Rotger, D. (2008).) Entre crisis, traumas y “burnout”. *Cuadernos de crisis*, 2 (7), 1 – 45).

Moreno – Jiménez, B., Morante, M.E., Garrosa, E. & Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología Conductual*, 12 (2), 214 – 231.

Rocamora, A. (2012). *Intervención en crisis en las conductas suicidas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Saari, S., Linderman, M., Verkasalo, M. & Preyetz, H. (1996). The Estonia Disaster: A Description of the Crisis Intervention in Finland. *European Psychologist*, 1 (2), 135 – 139.

Santacruz, J. M. (2008). Una revisión acerca del *Debriefing* como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). *Revista de Colombia de Psiquiatría*, 37 (1), 198 – 205.

Villafañe. A., Minallesio, M.S., Marcellino, C.M. & Amodei, C. (2003). *La evaluación del trastorno por estrés postraumático: aproximación a las propiedades de la escala de trauma de Davidson*. Universidad Nacional de Córdoba. (3), 80 – 93.

Wainrib, R. & Bloch, E. L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Bilbao: Declée De Brouwer.