



**Universitat de les
Illes Balears**

Títol: *Critical Incident Stress Debriefing*

NOM AUTOR: Aurora Garcia-Guas Jular

DNI AUTOR: 71463091-K

NOM TUTOR: José Francisco Campos Vidal

Memòria del Treball de Final de Grau

Estudis de Grau de Trebal Social

Paraules clau: Trauma, estrés, traumatización vicaria, debriefing, estrés post-trumático.

de la
UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curs Acadèmic 2013-2014

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

RESUMEN

No es hasta la década de los 70 cuando empieza a plantearse la necesidad de desarrollar técnicas complejas y programas multicomponentes con el fin tratar de forma sistemática a aquellas personas expuestas a experiencias traumáticas (Paton, Violanti y Dunning, 2000; Sthulmiller y Dunning, 2000a). De entre todas las técnicas desarrolladas para tal fin, hay una que ha alcanzado la máxima difusión y, desde su creación a comienzos de los años 80 hasta hoy, se alza como la herramienta más utilizada en este tipo de intervenciones. (Vera, 2005: 1)

Originalmente, el debriefing designaba un procedimiento preciso, practicado en el ejército americano después de un combate o de una misión, que debía ayudar a los soldados a superar sus reacciones y a volver rápidamente al frente o a misiones posteriores. Más adelante, el debriefing se ha revelado como una medida preventiva voluntaria contra la traumatización secundaria (traumatización por rebote) y contra el burn-out, utilizándose al principio por algunos cuerpos de policía y conductores de ambulancia (Mitchell, 1993. En: Gisela Perren-Klingler, 2003.) (Rey, 2004: 13)

Dicha técnica, conocida como CISD (Critical Incident Stress Debriefing), fue ideada por Jeffrey Mitchell en 1983 como parte de su teoría general sobre intervención en crisis y desastres naturales, en principio como un programa destinado a reducir el estrés en el personal de servicios de emergencia (Mitchell y Everly, 2000). Para desarrollarla, se basó en el modelo de intervención de la psiquiatría militar, que utilizaba un método similar para la rehabilitación psicológica de los soldados en el frente desde la Segunda Guerra Mundial. (Vera, 2005: 1)

PALABRAS CLAVE: Trauma, estrés, traumatización vicaria, debriefing, estrés post-traumático.

ÍNDICE

Resumen.....	pág. 2
El trauma.....	pág. 4
El trastorno por estrés post-traumático.....	pag. 5
La traumatización vicaria.....	pág. 8
El Critical Incident Stress Debriefing.....	pág. 10
➤ Introducción.....	pág. 10
➤ ¿Qué es el Critical Incident Stress Debriefing?.....	pág. 11
➤ ¿En qué consiste la técnica del Critical Incident Stress Debriefing?.....	pág. 11
➤ ¿Cuáles son las etapas del Critical Incident Stress Debriefing?.....	pág. 13
➤ ¿Da resultado la técnica Critical Incident Stress Debriefing?.....	pág. 15
Conclusiones.....	pág. 17
Referencias.....	pág. 18

EL TRAUMA

Trauma, del griego trauma, *atos*, (herida), se define como acontecimiento que, para un sujeto, tiene un fuerte impacto emocional y que desencadena en él síntomas psicopatológicos o somatizaciones como consecuencia de su incapacidad de una adecuada respuesta inmediata (Larousse, 2000, citado en Jauregui, 2008, pág. 834).

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), en su décima revisión, se refiere al trauma como un estrés físico o psicológico excepcional. Se señala que puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo. (Jauregui, 2008: 834)

Por otro lado, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en su cuarta edición, texto revisado, se refiere a hechos que representan un peligro real para la vida o cualquier otra amenaza para la integridad física. Se añade que el individuo también puede ser testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos, o existe una amenaza para la vida de otras personas. Y por último, que puede conocer a través de un familiar o cualquier otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio o peligro de muerte o heridas graves. (Jauregui, 2008: 834)

Conviene hacer algunas consideraciones sobre otro concepto, estrés. Este término hace referencia a una reacción que surge cuando el individuo es amenazado por algún factor o factores del ambiente, llamados agentes estresantes o estresares, que perturban o amenazan el estado de equilibrio u homeóstasis. Se trata de un conjunto de respuestas inespecíficas que se ponen en marcha antes de haber podido identificar la amenaza concreta. La finalidad es la preparación para la acción, lucha o huida. El aspecto nuclear del estrés en el plano psicológico es la ansiedad. En el plano colectivo, social, el estrés hace referencia a las transformaciones, evoluciones y revoluciones que pretenden alcanzar una nueva estabilidad, el reequilibrio. (Jauregui, 2008: 836)

En relación con el trauma, el estrés y el objeto de este trabajo, el Debriefing, también es necesario explicar el concepto de trastorno por estrés post-traumático (TEPT). Este trastorno es el que se intenta evitar a los profesionales que han vivido un acontecimiento traumático, utilizando del Debriefing Group, que explicaremos con detalle posteriormente.

EL TRASTORNO POR ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO (TEPT)

En 1980 el Desorden por Estrés Postraumático es incorporado a la clasificación de enfermedades mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSMIII). También se ha ampliado y aplicado esta categoría mórbida no sólo a quienes sufren primariamente el trauma, sino a los testigos de hechos horrorosos, ya sea en términos de imágenes, escuchar relatos traumáticos o incluso leer cartas o documentos de víctimas como por ejemplo de la tortura o violencia política. La prevalencia de personas psicotraumatizadas debería multiplicarse por tres o incluso por cuatro, es decir víctimas y testigos directos e indirectos, sean compañeros de trabajo, familiares, amigos, personal sanitario de servicios de ayuda, e incluso toda la comunidad, cuando la catástrofe alcanza los medios de comunicación masiva y se transforma en noticia. (Godoy, 2010: 195)

Las personas que sufren este tipo de trastorno conceden mucha importancia a los recuerdos e imágenes traumáticos y a la ansiedad que les provocan, elaborando pensamientos relacionados con la situación traumática y sus consecuencias, resultando en sesgos atencionales e interpretativos. Estas personas perciben el mundo como altamente inseguro y peligroso, perdiendo la sensación de control sobre su seguridad y la de los demás. Las imágenes y las sensaciones se vuelven intrusivas, especialmente si se pretende evitar, aumentando la frecuencia de esos pensamientos y convirtiendo la situación cada vez más estresante e insoportable. (Pérez, 2013: 7)

Este diálogo interno del propio individuo, además de generar más ansiedad, provoca una serie de diversos sentimientos de culpa por las acciones que realizó o podía haber realizado, por no haber estado a la altura de las circunstancias, e incluso por haber sobrevivido. En definitiva, el individuo genera una serie de motivos irrealistas, irracionales y de extrema auto-exigencia, que provocan un enorme daño en la salud mental del individuo. Por todo ello, resulta de extrema importancia la realización de una intervención psicológica inmediata y adecuada, para intentar evitar que se produzcan transformaciones en la personalidad del individuo con el paso del tiempo. (Pérez, 2013: 7)

El TEPT no debe diagnosticarse a menos que no esté totalmente claro que ha aparecido dentro de los seis meses posteriores a un hecho traumático de excepcional intensidad. Si han pasado más de seis meses, las manifestaciones clínicas son típicas y no es verosímil otro diagnóstico alternativo, podría darse un diagnóstico “probable”. Además del trauma deben estar presentes evocaciones o representaciones del acontecimiento en forma de recuerdos o imágenes durante la vigilia o de ensueños reiterados.

También suelen estar presentes, pero no son esenciales para el diagnóstico, desapego emocional claro, con embotamiento afectivo y la evitación de estímulos que podrían reavivar el recuerdo del trauma. Los síntomas vegetativos, los trastornos del estado de ánimo y el comportamiento anormal contribuyen también al diagnóstico, pero no son de importancia capital para el mismo. (Jauregui, 2008: 838)

Según Jauregui (2008: 841), en el TEPT, el acontecimiento es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:

- 1.-Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones.
- 2.-Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
- 3.-El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de *flashback*)
- 4.-Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- 5.-Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

Según Jauregui (2008: 841), los síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*) ausente antes del trauma, tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

- 1.-dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- 2.- irritabilidad o ataques de ira.
- 3.-dificultades para concentrarse.
- 4.-hipervigilancia.
- 5.-respuestas exageradas de sobresalto.

Como conclusión cabe decir que hay que tener en cuenta que existen una serie de factores de riesgo que favorecen el desarrollo de un TEPT. Entre estos están: el género femenino, la juventud y los antecedentes psiquiátricos previos, los antecedentes psiquiátricos familiares y el tipo de trauma. En definitiva, se puede concluir que el TEPT es un trastorno complejo que viene determinado por diferentes factores de vulnerabilidad del propio individuo, por las características de la situación estresante y por variables secundarias al acontecimiento traumático, como pueden ser. (Pérez, 2013: 7)

La intervención en crisis

Según Caplan (1964) la intervención psicológica en crisis es un recurso que engloba el conjunto de acciones y técnicas que tienen por objetivo la asistencia psicológica en emergencias. Su finalidad es 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. En definitiva, pretende parar un proceso de estrés que aumenta, mitigar sus síntomas, normalizar el funcionamiento de las personas y alcanzar un nivel de equilibrio o de bienestar psicológico más alto. (Caplan, 1964 citado en Costa y Gracia, 2002)

A diferencia de las estrategias de intervenciones psicológicas habituales, que inciden en la prevención de problemas y en la identificación y corrección de factores etiológicos, la intervención en crisis se caracteriza por su inmediatez. Se centra en proporcionar apoyo sistemático, en facilitar la expresión emocional, en la resolución de conflictos e inconsistencias, y en proporcionar estrategias para aceptar la realidad y reorganizar actitudes. (Caplan, 1964 citado en Costa y Gracia, 2002: 4)

Desde un punto de vista histórico, los aspectos que conforman la intervención en crisis se empezaron a definir en los años cuarenta y sesenta, periodo en el cual los estudios de Caplan fueron decisivos. Este autor definía 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:

- a) **Intervenir con rapidez:** la crisis, per se, es una situación de elevado riesgo emocional, que si no se afronta de forma adecuada puede provocar procesos de inmovilización o inadaptación.
 - b) **Estabilizar:** es importante estabilizar las víctimas o la comunidad víctima, haciendo uso de los recursos y ofreciendo trabajos de apoyo que ayuden a restablecer el funcionamiento normal de la persona.
 - c) **Facilitar la comprensión:** para poder alcanzar los niveles de adaptación previos al desastre, es importante que las víctimas estén bien informadas de lo que está pasando. Para conseguirlo, es necesario explicar los hechos ocurridos, escuchar las narraciones que hacen las víctimas de sus propias experiencias, alentarlos a expresarse emocionalmente y ayudarlos a entender lo que está sucediendo, tanto desde un punto de vista emocional, como cognitivo y conductual.
 - d) **Focalizar en la resolución del problema:** se trata de ayudar a las personas a centrarse en las dificultades relacionadas con los problemas reales o potencialmente derivados de la crisis, evaluarlas e identificar todas sus dimensiones, con el objetivo de encontrar maneras de afrontarlas y superarlas, cosa que permitirá recobrar el funcionamiento independiente.
 - e) **Alentar la autodependencia:** es importante para poder alcanzar un buen nivel de funcionamiento autónomo y adaptado, a la vez que para poder prevenir los posibles efectos traumáticos.
- (Caplan, 1964 citado en Costa y Gracia, 2002: 5)

TRAUMATIZACIÓN VICARIA O ESTRÉS TRAUMÁTICO SECUNDARIO

La traumatización vicaria es la presentación de síntomas relacionados con estrés postraumático en quienes apoyan a personas afectadas por una experiencia traumática, como en el caso de la violencia intrafamiliar. Se desarrolla como resultado de la exposición, breve o prolongada, a los traumatismos de la otra persona, combinada con la empatía que el trabajador siente hacia esta persona y con sus propias experiencias dolorosas aún no integradas en su vida. (Ojeda, 2006: 23)

Con frecuencia, los trabajadores humanitarios dicen que el presenciar (y a veces compartir) el sufrimiento de aquellos a quienes fueron a auxiliar, les produjo cambios personales que aprecian, tales como más compasión y gratitud, así como una mayor comprensión de lo que valoran en su propia vida y por qué. No obstante, algunos de los cambios que provoca haber presenciado y experimentado el sufrimiento pueden ser más problemáticos, y dejar cicatrices que pueden llegar a ser permanentes. El estrés traumático secundario, también conocido como *traumatización vicaria*, es el proceso de cambio que tiene lugar cuando alguien cuida de personas que se han visto damnificadas, y se siente comprometido y responsable de ayudarlas. (Pearlman y McKay, 2008: 1).

Con el transcurso del tiempo, este proceso puede ocasionar cambios en su bienestar psicológico, físico y espiritual. Es importante que todo trabajador humanitario comprenda el proceso del estrés traumático secundario, pues es muy probable que le afecte, y que no sólo le afecte a él, sino también a su familia, a la organización a la que pertenece y a los beneficiarios de su trabajo.

- El estrés traumático secundario es un proceso que se desarrolla con el tiempo. No se trata de meras respuestas del trabajador humanitario al contacto con una persona, una historia o una situación. Es el efecto acumulado del contacto con sobrevivientes de la violencia o de catástrofes, o de personas que están atravesando una situación muy difícil.
- El estrés traumático secundario se produce por una cuestión de sensibilidad, por sentir empatía con quienes sufren.
- La empatía es la capacidad de identificarse con el otro, de comprender y sentir el dolor y la alegría del otro.
- El estrés traumático secundario se produce cuando, sintiendo el compromiso y la responsabilidad de ayudar, en ocasiones no es posible hacerlo. Ello puede generar enormes expectativas de uno mismo y de los demás (a veces poco realistas), así como de los frutos que se pretende del propio trabajo. Con el tiempo, ese sentido de compromiso y responsabilidad pueden generar una sensación de agobio, de consternación y de desesperanza ante la necesidad y el sufrimiento extremos. También pueden generar un nivel de autoexigencia que excede lo razonable para el propio bienestar o para los intereses a largo plazo de los beneficiarios mismos.
- Un componente clave del estrés traumático secundario son los cambios que suscita a nivel espiritual, y la profunda repercusión que ello puede tener en la propia visión del mundo y en la percepción más profunda del sentido de la vida y la esperanza.

(Pearlman y McKay, 2008: 2).

Signos frecuentes de estrés traumático secundario

Según Pearlman y McKay, (2008: 3) entre las dificultades frecuentes asociadas con el estrés traumático secundario cabe señalar las siguientes:

- dificultad para manejar las emociones.
- dificultad para aceptarse o sentirse a gusto con uno mismo.
- dificultad para tomar buenas decisiones.
- problemas para manejar los límites entre uno mismo y los demás (por ejemplo, asumir demasiada responsabilidad).
- tener dificultad para irse del trabajo al terminar la jornada, tratar de entrometerse y controlar la vida de los demás).
- problemas en las relaciones.
- problemas físicos como dolores, enfermedades, accidentes.
- dificultad para sentirse conectado con la realidad circundante.
- pérdida del sentido de la vida y de la esperanza.

El estrés traumático secundario puede incidir negativamente en el trabajo, los compañeros de trabajo, el funcionamiento de la organización en general y la calidad de la asistencia que se presta a los destinatarios del propio trabajo. El estrés traumático secundario influye en el modo de actuar e interactuar con los seres queridos, lo cual afecta a los familiares y amigos (Pearlman y McKay, 2008: 3).

CRITICAL INCIDENT STRESS DEBRIEFING

1. Introducción

El hecho de poder compartir las emociones negativas vividas, ayuda a las personas a empezar a encarar los miedos, entender el alcance de lo sucedido y comprender que está ocurriendo, lo que permitirá restablecer lentamente la rutina habitual. De la misma manera, el apoyo que ofrece la red social es un recurso clave de ayuda que al mismo tiempo garantiza a la persona afectada el apoyo necesario para restablecer la normalidad. El último elemento que actúa como agente de cambio es lo que se denomina afrontamiento adaptativo. Para que el afrontamiento adaptativo sea eficaz, se necesita que la información proporcionada a la persona afectada sea suficiente para que comprenda lo que está pasando; es decir, para que pueda hacer una valoración cognitiva de lo sucedido que le permita realizar acciones concretas de afrontamiento y para desarrollar habilidades suficientes para llevarlo a cabo. (Costa y Gracia, 2002: 7)

[...] En los últimos años el campo de la intervención psicológica en emergencias y desastres ha experimentado un notable impulso. Sin embargo, la tradición de este área específica de la psicología se remonta a principios del siglo XX, durante la Primera Guerra Mundial, donde se tienen datos de intervenciones *in situ* con combatientes con el fin de tratar trastornos por estrés agudo.

Posteriormente, durante la Segunda Guerra Mundial, se formalizaron las primeras intervenciones psicológicas, en las que se realizaban sesiones de desahogo en el campo de batalla (Bisson, McFarlane y Rose, 2000). Ahora bien, no es hasta la década de los 70 cuando empieza a plantearse la necesidad de desarrollar técnicas complejas y programas multicomponentes con el fin de tratar de forma sistemática a aquellas personas expuestas a experiencias traumáticas (Paton, Violanti y Dunning, 2000; Stulmiller y Dunning, 2000^a citado en Vera, 2005: 1).

De entre todas las técnicas desarrolladas para tal fin, hay una que ha alcanzado la máxima difusión y, desde su creación a comienzos de los años 80 hasta hoy, se alza como la herramienta más utilizada en este tipo de intervenciones. Dicha técnica, conocida como CISD (Critical Incident Stress Debriefing), fue ideada por Jeffrey Mitchell en 1983 como parte de su teoría general sobre intervención en crisis y desastres naturales, en principio como un programa destinado a reducir el estrés en el personal de servicios de emergencia (Mitchell y Everly, 2000 citado en Poseck, B, 2004). Para desarrollarla, se basó en el modelo de intervención de la psiquiatría militar, que utilizaba un método similar para la rehabilitación psicológica de los soldados en el frente desde la Segunda Guerra Mundial. (Vera, 2005: 2)

2. ¿Qué es el Critical Incident Stress Debriefing?

El debriefing es una intervención psicológica breve que se realiza en los primeros días posteriores al evento traumático. En sí constituye una estrategia altamente estructurada en siete pasos concretos. Fue ideada, en principio, para ser empleada con profesionales de emergencia. Sin embargo, debido a los resultados satisfactorios obtenidos (Everly et al., 1999), la han llevado a ser empleada con otro tipo de víctimas secundarias (personal hospitalario, trabajadores de entidades bancarias, militares y educadores) e incluso, se ha llegado a utilizar con damnificados directos y familiares de estos. (Pérez, 2013: 13)

A grandes rasgos, la técnica del CISD (Critical Incident Stress Debriefing) consiste en facilitar la ventilación en grupo de los sentimientos y emociones relacionados con la experiencia traumática vivida, con el propósito de reordenarla cognitivamente de una forma más adaptativa. (Vera, 2005: 2)

Tiene por objetivo principal ayudar a las víctimas de los desastres, sus familias y, en general, a todas las personas implicadas en la asistencia de la emergencia. Con esta técnica se intenta disminuir y/o prevenir las respuestas de estrés, prevenir los posibles PTSD, el sufrimiento psicológico, somatizaciones, y aumentar el nivel de bienestar de las personas que han sido víctimas o testigos de un desastre. (Costa y Gracia, 2002: 12)

El debriefing permite hablar de todo aquello que se relaciona con la situación traumática, permitiendo restablecer el desarrollo de los hechos y expresar lo que se ha sentido. Las explicaciones, consejos y las propuestas concretas permiten a cada participante comprender y manejar su propia situación en función de sus propios recursos personales. Dada la parte de trabajo cognitivo que acontece en algunos momentos de la intervención con debriefing, conviene que este encuentro tenga lugar al menos a las 48-72 horas de la situación. Si la situación traumática aún no está estabilizada, técnicamente hablando (por ejemplo, en interrogatorios o búsquedas de evidencias policiales, o en desastres que prolongan el trabajo durante días o semanas), una vez transcurrido este periodo, conviene esperar para la organización de esta intervención. (Pérez, 2013: 14)

3. ¿En qué consiste la técnica del Critical Incident Stress Debriefing?

En la práctica, consiste en la formación de grupos formados por entre una y diez personas, donde estarían incluidos los psicólogos responsables que actuarían como facilitadores, uno de los cuales tomaría el rol central. Sólo pueden participar personas que estén directamente afectadas por el desastre, ya sea por qué lo han padecido, han sido testigos o han intervenido como profesionales de las emergencias o como voluntarios. (Costa y Gracia, 2002: 12)

Uno de los objetivos principales que se pretende con una técnica como esta es la de poder conseguir hacer un relato lógico y ordenado. Ocurre que el damnificado tiende a relatar los eventos entremezclados, con ausencia de emoción o todo lo contrario, con presencia de una inundación total de emoción. El debriefing, por tanto, consigue pasar de la memoria traumática a la memoria narrativa, siendo un paso imprescindible para poder integrar la experiencia traumática. Lo que es más, esta técnica de intervención permite a los damnificados realizar por primera vez un relato ordenado y lógico con principio y fin, lo que les permite relatarlo sin inundación de emoción por primera vez, evitando de esta forma la retraumatización, con las importantes consecuencias que esto tiene en el individuo. (Pérez, 2013: 14)

Según Costa y Gracia (2002: 12), el *debriefing* se centra en:

- a) alivio en un contexto de grupo de apoyo.
- b) la normalización de las respuestas.
- c) la educación sobre las reacciones psicológicas después del acontecimiento.

Las sesiones de grupo empiezan con una breve descripción de su finalidad. Uno de los puntos clave del *debriefing* consiste en confrontar a los participantes con la realidad de lo sucedido. Es importante que las personas sepan qué ha pasado en realidad, por lo que se debe informar sobre los acontecimientos con precisión, de forma realista y actualizada. A continuación, el facilitador invita a hacer una descripción de las experiencias relatándolas a tres niveles: cognitivo, afectivo y comportamental. También se les invita a describir los peores momentos vividos. El facilitador alienta y reconoce la intensidad de las experiencias y enfatiza la universalidad de las reacciones y la realidad del hecho que han sobrevivido. (Costa y Gracia, 2002: 13)

El fracaso percibido se redefine como algo que se espera en un desastre. Se conducen las reacciones de las víctimas permitiendo que verbalicen sus experiencias, impresiones, sentimientos y pensamientos. Se pretende que las compartan con el resto de miembros del grupo para encontrar apoyo y maneras para afrontar la situación. También se facilita que se hable sobre la naturaleza azarosa de los sucesos, sobre los pensamientos deterministas y las atribuciones causales, con el fin de incidir sobre las posibles creencias erróneas de las víctimas. (Costa y Gracia, 2002:13)

Generalmente, esta intervención en crisis consiste en dos sesiones en un intervalo de dos meses. La primera de las sesiones suele tener una duración de dos horas aproximadamente, aunque el tiempo dependerá de la duración del evento traumático y del número de reacciones postraumáticas que aparezcan. La segunda sesión tiene una duración menor, aproximadamente media hora. Esta sesión tiene como objetivo comprobar que han desaparecido las reacciones, y en el caso de que continúen con la misma frecuencia e intensidad, el debriefing debe derivar al paciente a un profesional especializado en intervenciones en las que existe trauma psicológico. Así, el debriefing psicológico se desarrolla según un esquema preciso en siete pasos, que guía el paso de lo cognitivo a lo emocional, antes de volver a lo cognitivo. (Pérez, 2013: 15)

4. ¿Cuáles son las etapas del Critical Incident Stress Debriefing?

La autora Pérez Tejada (2013:15), divide el Critical Incident Stress Debriefing en las siguientes etapas:

ETAPA 1: Introducción

Se trata de establecer el contexto cognitivo del proceso: se informa de la meta del debriefing y de los principios del funcionamiento del grupo; se recuerda la exigencia firme de la confidencialidad y del secreto profesional; se explican las reacciones postraumáticas posibles y se señala que son normales, naturales y transitorias.

ETAPA 2: Relato de los hechos

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

Los participantes construyen dos pilares de seguridad. El primero marca el último momento plácido antes del acontecimiento traumático, mientras que el segundo corresponde al primer momento de seguridad relativa después del evento. Así, implícitamente se demuestra que el evento, por muy terrible que fuera, es sólo un capítulo de toda una vida. Esta etapa permite a cada participante tomar consciencia de lo que ha visto, oído y hecho, y poder construir una visión global del acontecimiento. El debriefing finaliza con un resumen de los hechos breve y preciso, enmarcado en los dos pilares de seguridad antes definidos y relatados sólo cognitivamente.

ETAPA 3: De Transición

Esta etapa permite abordar todos los pensamientos y las preocupaciones con relación al suceso y todo lo que se tambalea en el ánimo de los participantes.

Cada uno puede expresar su propia interpretación de los hechos, apareciendo así los sistemas de valores que subyacen en cada opinión emitida. Esta primera consideración de los sentimientos y emociones, a menudo inconscientes, vinculados al acontecimiento prepara y acompaña al siguiente paso.

ETAPA 4: Emociones

Tiene como eje el conjunto de impresiones y emociones sentidas durante el incidente crítico. La reacción disociativa impide durante mucho tiempo tomar consciencia de estos sentimientos, que más adelante se sienten de manera negativa. Es necesario reactualizarlos, como si fuera la primera vez, controlando su intensidad para impedir un desbordamiento.

Se trata de localizar físicamente las emociones percibiéndolas y situándolas en el propio cuerpo y fraccionándolas, evitando así la catarsis y posibilitando la percepción de las emociones asociadas a nivel corporal, y ayuda a aceptarlas como normales, proporcionando la sensación de control sobre ellas. Esta toma de conciencia se acompaña de una reinterpretación que da un nuevo enfoque a estos sentimientos.

ETAPA 5: Información y Normalización

Es la fase de la información y normalización de las reacciones y al mismo tiempo una etapa de aprendizaje que se aborda en forma de diálogo entre los debriefers (profesionales que dirigen el grupo) y los participantes. Las principales sensaciones que se evocan son fundamentalmente la hiperactividad, la disociación y los recuerdos intrusivos, así como la aparición de comportamientos o actitudes derivados de ellos. Hablar acerca de las propias reacciones alivia y relaja a las personas y este alivio se intensifica con los ejercicios de autocontrol. Globalmente, estos ejercicios mejoran el estado general y la calidad del sueño, hacen disminuir la hiperexcitación y los flashbacks y favorecen los procesos de reasociación.

ETAPA 6: Ritual de Despedida

Se trata de crear un ritual de despedida del evento y de prepararlo. Es un acto simbólico a través del cual, los participantes expresan el fin del acontecimiento, pasan página y comienzan un nuevo capítulo de su existencia. Este acto de transición indica a la vez la realidad del suceso y su confinamiento al pasado.

ETAPA 7: Conclusión

Esta etapa permite volver a la realidad y a la vida cotidiana. Se hace una conclusión llena de sensibilidad y de empatía, donde el debriefer retoma lo esencial de lo que se ha dicho y hecho a lo largo de la sesión.

A esto se añaden tres elementos: la disponibilidad telefónica del debriefer en el proceso que separa los dos encuentros, la mención de la confidencialidad y la responsabilidad de cada uno para ocuparse de sí mismo.

El debriefer tiene que tener en cuenta una serie de aspectos con el fin de potenciar los efectos positivos de la intervención grupal, así como para intentar prevenir los procesos de retraumatización (Armstrong et al., 1995; Mitchell y Everly, 1996; Dyregrov, 1997; Galliano, 2002). Uno de estos aspectos que cabe destacar es que, en una intervención de este tipo, es necesaria la presencia de dos facilitadores y que, al menos uno de ellos, sea un profesional de la salud mental. Esto es de vital importancia ya que los damnificados precisan de un profesional que sepa manejar sus verbalizaciones para desentrañar si existen valoraciones irracionales o esquemas disfuncionales, así como alguien que sepa dirigir determinadas reacciones, como por ejemplo disociaciones o flashbacks, o determinados relatos de hechos.

Además de esto debe existir un entorno psicosocial adecuado, es decir, que los intervinientes en emergencias realicen una preparación psicológica y técnica y que exista una información clara y precisa en el ámbito profesional y a las familias de los damnificados directos.

5. ¿Da resultado la técnica Critical Incident Stress Debriefing?

Estudios en contra

No es hasta mediados de los años 90 cuando comienza a ser puesta en duda la universalidad de la técnica y aparecen las primeras investigaciones sistemáticas que se posicionan en contra del CISD. (Vera, 2005: 5)

Bisson et al. (1997 citado en Vera, 2005: 5), realizaron un estudio con el propósito de comprobar la eficacia del debriefing en la recuperación psicológica de 133 sujetos adultos que habían sufrido quemaduras graves. Un subgrupo fue sometido a debriefing y otro grupo ejerció de control. Los sujetos fueron entrevistados 3 y 13 meses después de la intervención. Los resultados muestran que el 26% de los sujetos sometidos a debriefing tenían síntomas de estrés postraumático a los 13 meses de la intervención, en comparación con el 9% del grupo control.

En un sentido similar, Hobbs et al. (1996 citado en Vera, 2005: 5) concluyen, a partir de un estudio con un grupo de sujetos involucrados en accidentes de tráfico, que la técnica del debriefing se muestra inefectiva e, incluso, a medio plazo, nociva. De los 106 participantes, 54 fueron tratados con debriefing y 52 no fueron tratados con ninguna técnica.

A todos los participantes se les hizo una entrevista semiestructurada y se les pasaron dos cuestionarios, el Impact of Events Scale, para medir los síntomas postraumáticos, y el Brief Symptom Inventory (BSI), que mide el estrés general. Las intervenciones se llevaron a cabo entre las 24 y 48 horas posteriores al accidente, y consistieron en una sesión de debriefing de una hora siguiendo las fases del protocolo de Mitchell. Los resultados demuestran que, tras 4 meses, ninguno de los dos grupos obtuvo reducción significativa de síntomas postraumáticos, ni en los niveles de ansiedad, pensamientos intrusivos y ansiedad fóbica. Es más, el grupo experimental presentó peores resultados que el grupo control en dos de las escalas del BSI y peores resultados (aunque no estadísticamente significativos) en nivel general de estrés medido con la misma escala (puntuación total).

En 1998, se publica un estudio que pretende examinar el impacto del CISD en el desarrollo de TEPT en un grupo de 63 profesionales sanitarios de emergencias tras un suceso traumático ocurrido en Sydney, Australia. Por razones logísticas, 32 tuvieron oportunidad de someterse a una sesión de debriefing basada en el protocolo de Mitchell y 31 no tuvieron ningún tipo de tratamiento. De los 32 a los que se les ofreció esta oportunidad, 18 rehusaron y 14 aceptaron la intervención (por lo que el estudio contó con un grupo experimental y dos grupos de comparación). Todos los sujetos tuvieron que contestar con posterioridad un cuestionario elaborado específicamente y dividido en tres áreas: impacto de los hechos, estrés laboral y sintomatología postraumática. Los resultados mostraron que, si bien en todos los casos la angustia se fue reduciendo de forma natural durante la semana siguiente a los hechos, el grupo sometido a debriefing presentó niveles más altos. En relación al estrés laboral, el grupo intervenido obtuvo mayores niveles que los otros grupos de comparación, siendo el grupo que rehusó la intervención el que menores niveles de estrés laboral presentó.

En cuanto a sintomatología postraumática, medida a través de la presencia de pensamientos intrusivos y evitación, el grupo que no pudo ser sometido a debriefing por razones logísticas fue el que obtuvo los niveles más altos, si bien el grupo sometido a debriefing también presentó mayores niveles que el que había rehusado la intervención que fue, de nuevo, el que menos niveles de sintomatología postraumática presentó.

A partir de los resultados obtenidos, la autora concluye, en primer lugar, que todos los sujetos, con independencia del grupo de pertenencia, siguieron un proceso de recuperación natural que disminuyó considerablemente los niveles de estrés a lo largo de la semana siguiente al suceso, y, en segundo lugar, que el debriefing puede contribuir a aumentar las respuestas de estrés en los sujetos (Matthews, 1998). Como fallos metodológicos puede aducirse el que no se trata de un ensayo controlado aleatorio, ya que los sujetos no fueron asignados a los grupos al azar y el hecho de que la técnica se aplicó en una sola sesión. Sin embargo, el estudio cuenta con una característica muy relevante que no existe en otras investigaciones; la existencia de un grupo de sujetos que rehusaron someterse a debriefing y que, sorprendentemente, son los que menores niveles de patología presentaron. (Vera, 2005: 6)

Las publicaciones con reportes desfavorables son abundantes, [...] encontramos otras publicaciones, como de Mc Nally (24), quien concluye no sólo que la evidencia encontrada a favor del *debriefing* no es convincente, sino que continuar con su uso puede llevar a retardar el desarrollo de una intervención en crisis verdaderamente efectiva, además de representar una pérdida de tiempo, dinero y recursos en una técnica que en el mejor de los casos es inocua. En otra publicación, en esta oportunidad una revisión clínica, Bisson (25) menciona que los resultados de la utilización del *debriefing* en una sola sesión individual reportó respuestas negativas, particularmente en aquellas personas que presentaban niveles elevados de sintomatología; además agrega que ninguna intervención de rutina ha mostrado prevenir el desarrollo del TEPT. (Santacruz, 2008: 201)

Estudios a favor

Ningún estudio bien diseñado ha sido capaz de demostrar que el debriefing sea una técnica eficaz a la hora de prevenir sintomatología postraumática (Carlier y Gersons, 2000). Los estudios que apoyan la técnica son pocos y presentan serias carencias metodológicas. Muchos de ellos son anecdóticos y consisten en simples investigaciones con sujetos sometidos a debriefing, sin la existencia de grupos de control. (Vera, 2005: 8)

En 1992, Yule realizó un estudio con un grupo de 39 escolares que habían sobrevivido al hundimiento de un crucero. 24 de los niños se sometieron a una sesión de debriefing y 15 no fueron intervenidos. Nueve meses después, se les pasó un cuestionario para medir TEPT, ansiedad, miedos y depresión y los resultados mostraron menor sintomatología postraumática y menos miedos en el grupo sometido a debriefing que en el grupo control. Ahora bien, el estudio carece de medidas previas a la intervención, los grupos no fueron asignados de forma aleatoria y además, la única sesión de debriefing se realizó 10 días después del suceso traumático, incumpliendo así dos de las características clave del protocolo de Mitchell. (Vera, 2005: 9)

CONCLUSIONES

Al finalizar este trabajo, he podido ver que la técnica del Critical Incident Stress Debriefing es relativamente nueva. Los estudios realizados no arrojan demasiada luz sobre su efectividad. Como podemos ver en páginas anteriores, en algunos de ellos, se pueden ver resultados favorables, en otros la técnica no da resultado y en otros los participantes empeoran de tu TEPT. Tal vez el Critical Incident Stress Debriefing no se pueda usar en todos los casos y con todo tipo de participantes. Es posible que se tuviera que realizar un análisis más pormenorizado de la situación traumática y realizar una entrevista previa por separado con cada persona.

Los autores que he leído sobre la técnica Critical Incident Stress Debriefing, en la teoría pueden ayudar a superar eventos traumáticos a las personas que lo han sufrido, justo después de que ocurra. Pero los estudios, la gran mayoría, nos informan de que esta técnica no solo no ayuda, si no que, incluso puede ser perjudicial y agravar el estado de estrés.

Por todo ello, el autor Santacruz (2008:7) aconseja llevar a cabo nuevos estudios que corrijan las dificultades que han plasmado otros autores, que permitan valorar la técnica, además de definir cuál de las versiones se sometería al análisis, teniendo en cuenta los señalamientos que se han hecho y los resultados contradictorios.

Según Vera (2005) después de analizar los análisis contradictorios de los estudios, es lícito preguntarse el porqué de la aceptación incondicional que tienen algunos profesionales por esta técnica. Las respuestas pueden ser diversas, tal vez los profesionales no hayan llegado a un consenso, pero también se deben tener en cuenta los intereses legales y los intereses económico. Los económicos porque, la técnica de Critical Incident Stress Debriefing tiene un bajo coste, ya que con dos sesiones largas, se supone que se reduce el estrés post-traumático.

Otro factor a favor del Critical Incident Stress Debriefing según Paton (et al., 2000, citado en Vera, 2005) es su simplicidad en su aplicación, ya que es técnica que se emplea de manera universal, se aplica a los participantes independientemente de su cultura o sus características personales. Esta universalidad reduce los costes pero, también puede influir en los malos resultados que algunos estudios dan de esta técnica, que incluso empeora el estado de los participantes.

Por otra parte, Bisson (et al, 2000, citado en Vera 2005) afirma que la práctica clínica del debriefing en las situaciones en las que hay una emergencia sí que ha proporcionado resultados positivos y que ello la ha consolidado como una buena técnica. Algunos autores perciben de forma positiva esta técnica porque dicen que ayuda a los participantes a paliar las necesidades más apremiantes, incluso de aquellos que no han sido afectados de forma directa por la situación.

Como conclusión final, podemos decir que a esta técnica relativamente novedosa, aún necesita ajustes metodológicos y realizar estudios más pormenorizados. Los buenos resultados del debriefing son una motivación para continuar con su desarrollo.

REFERENCIAS

Costa, A., & Gracia, M. d. (2002). *Debriefing y tría psicológica en intervención en crisis: Una revisión*. Universitat de Girona. Departament de Psicologia. Extraído 21 de mayo, 2014, de http://fced.udg.es/assignatures/mdg/articulos/Psiquis_crisis.pdf

Escudero, J.M. (2008). *Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático)*. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol. 37, núm. 1, 2008, pp. 198-205, Asociación Colombiana. Extraído 22 de mayo, 2014, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80615420016>

Jáuregui, I. (2008). *Trastorno por estrés postraumático a propósito de un caso de violación*. Trastornos de la Conducta Alimentaria 8, 833-850. Extraído 19 de mayo, 2014, de http://www.tcasevilla.com/archivos/trastorno_de_estres_postraumatico._a_proposito_de_un_caso_de_violacion.pdf

McKay, L y Pearlman, L.A (2008). *Estrés traumático secundario*. Headington Institute. Extraído 19 de mayo, 2014 de http://www.headington-institute.org/files/vicarious-trauma-handout-in-latin-american-spanish_86567.pdf

Ojeda, T (2006). *El autocuidado de los profesionales de la salud que trabajan con víctimas de violencia sexual*. Revistas de ginecología, vol. 52, núm. 1, 2006, pp.21-27. Extraído 30 mayo, 2014 http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/ginecologia/vol52_n1/pdf/a05v52n1.pdf

Pérez, J. (2013). *Debriefing: intervención psicosocial en situaciones de emergencia*. Proyecto kalu. Extraído 12 de mayo, 2014, de <http://proyektokalu.com/wpcontent/uploads/attachments/JohanaPerez/IntervencionPsicologicaEnEmergencias.pdf>

Rey, O (2011) *Debriefing psicológico individual. Versión adaptada a sobrevivientes de la tortura*. Escuela vasca de psicotraumatología. Extraído 19 de mayo, 2014 en <http://primeravocal.org/wp-content/uploads/2011/08/Debriefing-Psicol%C3%B3gico-Individual.pdf>

Torres-Godoy, P. (2010). *Trauma Vicario y Catástrofes: Propuestas para el Autocuidado de Equipos con Dramaterapia*. Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria, 2, 194-204. Extraído 12 de mayo, 2014, de <http://www.gacetadepsiquiatriauniversitaria.cl/ediciones/a6vol6n2jun2010/pdf/P%C2%0Trauma%20vicario.pdf>

Vera, B. (2004). *Debriefing: una revisión acerca de la polémica actual*. Cuadernos de Crisis, 3, 74. Extraído 22 de mayo, 2014, de http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2004/cdc_005.pdf

