

Nota

Modificación del *Protocolo de primera ayuda psicológica* en situaciones de crisis

SUSANA CELESTE AZZOLLINI, SERGIO HÉCTOR AZZARA, PABLO DOMINGO DEPAULA, ALEJANDRO CÉSAR COSENTINO, ALDANA SOL GRINHAUZ

SUSANA CELESTE AZZOLLINI
Doctora en Psicología.
Universidad de la Defensa
Nacional. Buenos Aires,
Argentina.

SERGIO HÉCTOR AZZARA
Doctor en Psicología.
Universidad de la Defensa
Nacional. Buenos Aires,
Argentina.

PABLO DOMINGO DEPAULA
Doctor en Psicología.
Universidad de la Defensa
Nacional. Buenos Aires,
Argentina.

ALEJANDRO CÉSAR COSENTINO
Doctor en Psicología.
Universidad de la Defensa
Nacional. Buenos Aires,
Argentina.

ALDANA SOL GRINHAUZ
Doctora en Psicología.
Universidad de la Defensa
Nacional. Buenos Aires,
Argentina.

CORRESPONDENCIA
Dra. Aldana Sol Grinhauz.
Guayra 2328. PB, B. C1429CJH.
Ciudad de Buenos Aires,
R. Argentina.
solgrin@yahoo.com.ar

Se presentan las modificaciones de un *Protocolo de primera ayuda psicológica* para aplicar a las víctimas en las fases iniciales de un desastre, cuyas metas son despejar el área de trabajo del socorrista y disminuir el riesgo de trastorno de estrés postraumático en las víctimas. Partiendo de las premisas del modelo original de Farchi conocido como el *Modelo de las 6 C*, se elaboró una versión simplificada para su aplicación en Argentina denominada *Modelo de las 4 C*. En el mismo, se considera que al momento de asistir a una persona en una situación de crisis o de desastre se debe promover la actividad de la corteza prefrontal y disminuir la acción del sistema límbico. Para ello, se proponen cuatro directrices: 1) *Comunicación cognitiva*, 2) *control y desafío*, 3) *compromiso* y 4) *continuidad*. En el presente trabajo, se desarrollan los principales fundamentos de cada una y las razones por las cuales se ha simplificado el modelo. Asimismo, se presenta un *Protocolo de primera ayuda psicológica* basado en el modelo anteriormente mencionado.

Palabras clave: Modelo – Cuidado Temprano Psicológico – Desastre.

Modification of the *First Psychological Assistance Protocol* in Situations of Crisis

Modifications of a *Psychological First Aid Protocol* are presented to apply to victims in the early stages of a disaster, whose goals are to clear the life-saving area of rescuers and reduce the risk of post-traumatic stress disorder in the victims. Starting from the premises of the original model of Farchi, known as the *Model of the 6 C*, a simplified version for its application in Argentina was denominated the *Model of the 4 C*. In it, it is considered that at the moment of assisting a person in a situation of crisis or disaster what must be done is to promote the activity of the prefrontal cortex and decrease the action of the limbic system. To do this, four guidelines are proposed: 1) *cognitive communication*, 2) *control and challenge*, 3) *commitment* and 4) *continuity*. In the present work, the main foundations of each one are developed and the reasons for which the model has been simplified. Likewise, a *Psychological First Aid Protocol* based on the above mentioned model is presented.

Keywords: Model – Early Psychological Care – Disaster.

Introducción

Los incidentes críticos son eventos estresantes que poseen la capacidad de colapsar el afrontamiento habitual del individuo y generar un deterioro del normal funcionamiento adaptativo. Una crisis psicológica es la respuesta del afectado a un incidente crítico, en el que sus recursos adaptativos se interrumpen momentáneamente [6, 16, 31].

Diversos desarrollos neuroanatómicos del trastorno por estrés postraumático (TEPT), así como los resultados de estudios de neuroimagen, han echado luz acerca de la importancia de las regiones de la amígdala y el lóbulo prefrontal, dando lugar a un modelo neurofisiológico que trata de dar cuenta de dicho trastorno y su sintomatología [1]. Dicho modelo, enfatiza el rol de la amígdala en las situaciones de estrés agudo intenso, así como sus interacciones con el lóbulo prefrontal medial y ventral [21]. Brevemente, dicho modelo plantea una hiperactividad amigdalina ante estímulos relacionados con el trauma, conjuntamente con un inadecuado control e inhibición del lóbulo prefrontal y una deficitaria capacidad del hipocampo para organizar semánticamente los recuerdos. La intensa actividad de la amígdala explicaría los síntomas de *hiperarousal* y la cualidad emocional de la memoria del evento traumático. El déficit en la función hipocampal explicaría la dificultad en el proceso de semantización de la memoria asociada al trauma. La patogénesis del TEPT podría conceptualizarse, entonces, como un proceso situacional de miedo condicionado que se superpone sobre una estructura predisponente, la cual consistiría en una combinación de hiperreactividad amigdalina, deficiencia prefrontal y déficit hipocampal, además de una exagerada susceptibilidad al estímulo estresante [29, 31].

Los estudios epidemiológicos de prevalencia e incidencia muestran que las consecuencias mórbidas de dichas situaciones de crisis, pueden englobar el desarrollo de problemas de salud mental, tales como TEPT y la depresión [4, 5]. La literatura actual, indica que, en particular, la prevalencia del TEPT, oscila entre el 11% y el 40% entre los que han sido expuestos a un desastre [15].

En contraste con el TEPT crónico, las fases

más tempranas posteriores al trauma están pobremente definidas y la información disponible sobre la biología y psicología del síndrome de estrés agudo (SEA) es escasa y la eficacia de las intervenciones tempranas en dicha condición, no ha sido hasta el momento suficientemente estudiada [15, 13].

De acuerdo a lo expuesto, resulta esencial que se proporcionen intervenciones y tratamientos que ayuden a los individuos y a las comunidades a retornar a su nivel adaptativo de funcionamiento y a disminuir de manera sensible la probabilidad del desarrollo del TEPT futuro [14].

Se conceptualiza a la intervención en crisis como el cuidado temprano psicológico que se desarrolla con el objetivo de estabilizar y de reducir los síntomas de estrés y de disfunción, de manera de lograr un estado de funcionamiento adaptativo [6, 11]. Una propuesta ampliamente aceptada es que las intervenciones en desastres deben tener los siguientes objetivos: 1) estabilizar el funcionamiento psicológico a través de la indagación de las necesidades básicas de las víctimas y de la implementación de los recursos para poder satisfacerlas; 2) mitigar el estrés psicológico de la víctima mediante la transmisión de seguridad, calma y contención; 3) recuperar el funcionamiento psicológico autónomo y adaptativo de la víctima y 4) facilitar el acceso a otros niveles de atención psicológica, en caso de que la víctima lo necesite [6, 7, 11].

De acuerdo a lo expuesto anteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) [17], ha publicado una guía para la primera ayuda psicológica para los trabajadores de campo, destinada a utilizarse, sobre todo, en países de desarrollo económico medio o bajo. Allí, se define a la *primera ayuda psicológica* (en adelante, PAP) como una respuesta de apoyo hacia una persona que está sufriendo y que puede necesitar asistencia. Bajo esta premisa, la PAP se ocupa de brindar ayuda y apoyo de forma no invasiva, de evaluar las necesidades y preocupaciones, de ayudar a las personas a atender sus necesidades básicas, escucharlas sin presionarlas para que hablen, reconfortarlas y ayudarlas a sentirse calmas, asistirles para que accedan a información, servicios y apoyos

sociales y, protegerlas de ulteriores peligros.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) [18] plantea que la PAP comprende acciones mínimas destinadas a prevenir padecimientos psíquicos consecuentes al hecho. En este sentido, la PAP implica brindar apoyo social y psicológico de manera primariamente pragmática. No es necesario que quienes brinden este apoyo sean especialistas, es decir, todo personal que intervenga en la respuesta y haya sido entrenado, puede realizar la contención en salud mental en el momento agudo. De acuerdo con esto, la OMS [17] afirma que de ninguna manera la PAP implica un asesoramiento profesional, dado que quienes generalmente asisten a las víctimas en situaciones de crisis no son necesariamente profesionales de la salud mental. Por otra parte, también se señala que, si bien la PAP es una alternativa al *debriefing* psicológico, es importante entender que no son sinónimos, puesto que a la PAP no le incumbe la discusión de los detalles del suceso que ha causado la angustia y, a diferencia del *debriefing*, no implica una intervención ni promueve la catarsis [20]. Por otro lado, las últimas revisiones sobre la eficacia de una sesión de *debriefing* psicológico en la reducción de los síntomas del estrés y en la prevención de desarrollo posterior de TEPT, han mostrado que dicha intervención es equivalente o aún peor, comparada con grupos control o intervenciones psicoeducativas. En algunos estudios, incluso, se ha mostrado un aumento del riesgo de TEPT y depresión asociado al *debriefing*. En suma, la efectividad del *debriefing* y su uso rutinario para la prevención de TEPT posterior a un incidente traumático, no están apoyados por gran parte de la evidencia empírica [3, 9, 22, 23].

De hecho, tampoco es recomendable presionar a la persona para que cuente sus sentimientos y reacciones ante la situación. En relación a esto último, si bien la PAP está destinada a todos aquellos individuos —adultos y niños— que se encuentren expuestos a un suceso crítico y amenazante, debe respetarse que no todas las personas necesitan o quieren ser ayudadas. Incluso, en algunas ocasiones, la PAP no es suficiente y se debe recurrir a personal especializado

inmediato, tal como es el caso de personas con lesiones graves que requieren de una intervención médica urgente o de personas que pueden hacerse daño a sí mismas o a terceros [17].

Por lo expuesto anteriormente, a continuación, se presenta un modelo de PAP denominado *Modelo de las 4 C*.

Fundamentos de la PAP: el *Modelo de las 4 C*

En una situación de crisis, se activa el sistema límbico, el cual se encarga, entre otras funciones, de gestionar las respuestas fisiológicas ante estímulos emocionales, tales como el miedo o la agresión. Paralelamente, desciende la actividad del lóbulo frontal que es el que comanda la toma de decisiones, la regulación de la emoción y la sensación de control. Estas dos cuestiones —activación del sistema límbico y descenso de la actividad del sistema prefrontal— dan como resultado un aumento de la sensación de indefensión, de vulnerabilidad y de pérdida de control por parte de la persona, lo que puede desencadenar una reacción de estrés aguda [29, 30].

Para poder morigerar este tipo de respuesta, existe un modelo basado en las premisas del Dr. Moshe Farchi [8] denominado *Modelo de las 6 C*. Farchi es fundador y director del Departamento de Estudio del Estrés, el Trauma y la Resiliencia en el *Tel-Hall College* de Israel. Farchi ha desarrollado este modelo con la intención de señalar las directrices para la primera asistencia a las víctimas en situaciones de crisis y es, actualmente, utilizado por el Ejército Israelí y por las Fuerzas de Defensa (IDF) bajo un proyecto denominado *Magen*. En este trabajo se presenta una simplificación y adaptación de dicho modelo para ser implementado en Argentina y se lo ha renombrado como *Modelo de las 4 C*, aunque las premisas son análogas al original.

Con el objetivo de activar la corteza prefrontal y disminuir la acción del sistema límbico, se proponen cuatro directrices que comienzan con la letra C: 1) *comunicación cognitiva*, 2) *control y desafío*, 3) *compromiso* y 4) *continuidad*. En los párrafos siguientes, se irán

desarrollando los principales fundamentos de cada una. Cabe señalar que en el modelo original de Farchi [8], los conceptos *comunicación* y *cognitivo*, por un lado, y *control* y *desafío* (*challenge*) por el otro, aparecen separados, mientras que, en la versión local, se han unificado en aras de una mayor claridad y complementación conceptual de los mismos, dando lugar a las cuatro premisas anteriormente detalladas.

La comunicación cognitiva

En las situaciones de crisis, la activación del sistema límbico y, en particular, de la amígdala es mayor, provocando en la víctima un desborde emocional. Ante esto, en la *comunicación cognitiva*, el rescatista se presenta ante la víctima e inicia la comunicación: «*Mi nombre es ... soy el encargado de ... ¿Cuál es tu nombre?*» Esa pregunta tan sencilla como es preguntarle el nombre, empieza a activar el lóbulo prefrontal y a sacar a la persona del completo estado de desvalimiento y confusión en el cual se halla inmersa [8].

De acuerdo con la OMS [17], la manera de comunicarse con una persona angustiada es muy importante, dado que puede estar muy alterada o confundida. De hecho, algunas personas pueden culparse a sí mismas por cosas que han ocurrido durante esa crisis, con lo cual resulta conveniente que el rescatista pueda mantener la calma y demostrar comprensión, incluso si la persona prefiere no hablar.

Para una buena comunicación, el rescatista debe prestar atención no sólo a sus palabras, sino también a su lenguaje corporal (las expresiones faciales, el contacto visual, los gestos y cómo se coloca junto a la persona, ya sea sentado o de pie). En relación con esto último, resulta importante acompañar la postura de la persona, por ejemplo, si se encuentra sentada en el piso, el rescatista debe inclinarse para quedar a la misma altura (preferentemente a 45° respecto de la misma para quedar dentro de su campo visual) o bien, si la persona se encuentra parada, el rescatista debe también permanecer parado a la par. A su vez, se deben tener en cuenta la cultura, la edad, el género, las costumbres y la religión de la persona.

Lo importante es que, a partir de la *comuni-*

cación cognitiva, se comienza a romper el estado de desvalimiento en el cual se encuentra inmerso el individuo. Se le muestra que no está solo, que, dentro de todo el caos, hay alguien que le ofrece seguridad y control de la situación [8].

El control y el desafío

La persona se siente desprotegida y vulnerable. En esta segunda premisa el objetivo es que el afectado vaya adquiriendo de forma gradual el control sobre sí mismo y sobre la situación. Para ello, el rescatista formulará preguntas sencillas a la víctima que estén relacionadas al evento tales como: «*¿Cuántas personas había?*» *¿Querés caminar?* *¿Tenés sed?*» Responder a ellas requiere que la víctima tome decisiones simples, las cuales le irán permitiendo adquirir el control de forma gradual y darle la sensación de autoeficacia, al poder hacer algo en una situación que lógicamente la persona no eligió vivir [2, 8].

De acuerdo con esto, la OMS [17] señala que poner en contacto a las personas con fuentes de apoyo práctico es una parte muy importante de la PAP, debido a que el rescatista ofrece ayuda por un periodo breve pero los afectados tendrán que usar sus propios recursos, ayudarse a sí mismos y recuperar el control.

El compromiso

El rescatista debe tener presente que la víctima se siente sola, que nadie la puede ayudar, desprotegida e indefensa. Al respecto, la OMS [17] menciona que después de un episodio de este tipo, las personas pueden sentirse vulnerables, aisladas o impotentes. En algunas situaciones, sus vidas cotidianas quedan interrumpidas, pierden el acceso a sus fuentes de apoyo habituales o se encuentran, de repente, viviendo en condiciones estresantes. En este sentido, resulta indispensable darle a la persona confianza y seguridad. Con la sola presencia del rescatista, el afectado adquiere algo de certidumbre en medio del caos, por lo que, quien ayuda, debe dejarle claro que lo acompañará hasta un lugar seguro y que no lo dejará solo: «*Yo te voy a acompañar, voy a quedarme al lado tuyo...*» Esta simple frase le otorga a la víctima un punto de referencia en qué apoyarse [8].

Respecto de esto, la OMS [17] afirma que las personas que han tenido una buena contención por parte del rescatista reaccionan mejor que los que no la tuvieron. Por esta razón, una importante función del rescatista es conectar a la gente con sus seres queridos y con los recursos existentes. En la medida de lo posible, el rescatista debe: 1) Ayudar a las familias a mantenerse unidas y a que los niños permanezcan con sus padres y demás seres queridos. 2) Poner a la víctima en contacto con amigos y parientes para que pueda recibir su apoyo. 3) Tener en cuenta si alguien manifiesta que podría serle de ayuda alguna práctica religiosa. 4) Procurar que las personas afectadas estén juntas para que puedan ayudarse unas a otras. Se les puede pedir, por ejemplo, que cuiden a los ancianos o a los niños, o que pongan a las personas sin familia en contacto con otros miembros de la comunidad.

La continuidad

Las situaciones de crisis o de desastre suelen ser abruptas y esto incrementa la sensación de confusión en la persona, quien querrá conocer más detalles acerca de lo que sucedió, de su seguridad, de sus derechos y de cómo se encuentran sus seres queridos y otros que han sido afectados [17]. Para contrarrestar esto, el rescatista debe ofrecer un sentido de *continuidad* de los hechos a la persona [8]. Esto implica ubicar a la víctima en tiempo y espacio. Explicarle brevemente qué fue lo que ocurrió, qué está aconteciendo ahora y qué va a pasar después: «*Ya terminó todo, ahora estamos yendo a un lugar donde te van a asistir...*»

Generalmente, dar demasiada información puede ser muy difícil, no sólo porque, a veces, las noticias no son buenas ni precisas, sino que las mismas van conociéndose gradualmente. Al respecto, la OMS [17] recomienda: a) averiguar dónde se puede conseguir información correcta, y cuándo y dónde se podrá actualizar; b) recabar toda la información posible antes de acercarse a las personas; c) mantenerse actualizado, en la medida de lo posible, sobre la situación, los temas de seguridad, los servicios disponibles y el paradero y estado de las personas desaparecidas o heridas; d) en el caso de que haya servicios disponibles, tales como asis-

tencia médica, búsqueda de familiares, refugio y distribución de alimentos, se debe proporcionar a las personas detalles sobre cómo acceder a ellos o acompañarlos directamente.

Para proveer información a las personas afectadas, es indispensable conocer la fuente y su fiabilidad. También, la OMS [17] es muy precisa cuando afirma que no se debe inventar información o dar falsas esperanzas, que la forma de comunicarse debe ser simple y precisa y repetir los mensajes en caso de que sea necesario para que todos puedan escucharlos. Cuando la situación involucra a varios afectados, se recomienda dar la información a grupos de personas, para que todos oigan el mismo mensaje y evitar confusiones.

Finalmente, la OMS [17] señala que al momento de despedirse de la víctima para continuar con su tarea, el rescatista debe presentarle a las personas que se encargarán de ella a partir de ese momento y explicarle lo que ocurrirá con su futuro inmediato.

Diferentes modos de intervención en la PAP de acuerdo a la reacción del afectado

De acuerdo con Farchi [8], pueden distinguirse cuatro tipos de reacciones ante situaciones de crisis. Por un lado, están las personas que reaccionan favorablemente manteniendo el control de la situación en todo momento. En este caso, resulta positivo darle tareas en áreas fuera de peligro, tales como cuidar a los menores o ancianos, recolectar teléfonos, proveer información, entre otras cosas [17].

No obstante, otras personas pueden no reaccionar de la mejor manera y esto debe comprenderse porque, en ese momento, no tienen el control sobre sí mismas. Es importante volver a remarcar que en la PAP no se trata de hacer todo por la víctima sino de llevar adelante estrategias necesarias que le permitan recuperar el control de sí misma y de la situación y que pueda utilizar sus propios recursos y fortalezas para atravesar esa realidad. Por ejemplo, algunas personas pueden reaccionar con excitación psicomotriz (de manera «histérica»), la cual se caracteriza por la presencia de movimientos exagerados

sin direccionalidad, gritos, sacudidas y golpes. En este caso, se aconseja acompañar a las víctimas en sus desplazamientos y ofrecerles un marco de referencia al cual deben regresar luego de asignarles una tarea sencilla. No hay que detener ni frenar a la persona histérica, lejos de eso, hay que lograr canalizar esa energía en una actividad concreta y funcional (por ejemplo, ayudar con el traslado de equipamiento, anotar teléfonos de familiares, servir agua) y luego, darle la orden de que regrese al lugar donde se encuentra su rescatista referente.

Otras personas pueden quedarse paralizadas (en la jerga: «catatónicas»). Esto ocurre cuando la víctima, ante la situación de crisis, se queda en estado de congelamiento, no puede moverse de su lugar, en algunos casos no puede hablar, incluso, puede tener la mirada perdida. En estos casos, el rescatista debe poder asegurarse que, a pesar de dicho estado, el afectado pueda dar algún tipo de respuesta. Puede ser desde decir su nombre hasta mirar al socorrista o cualquier cosa que indique que la persona no se encuentre disociada. En caso de que así sea y la víctima brinde algún tipo de respuesta, el socorrista debe presentarse y ubicarse en la misma posición física que el evaluado. Luego, el rescatista debe ubicar una de sus manos detrás de uno de los hombros del afectado, mientras que, con la otra mano debe sujetar la de la víctima y así poder informarle que se pondrán de pie para direccionarla hacia un lugar seguro. Esta postura, otorga seguridad y direccionalidad a la víctima, a la vez que le brinda contención y confianza [8]. Durante el trayecto, el socorrista debe hablarle y aplicar las premisas del *Modelo de las 4 C*.

En el caso de que el afectado se encuentre paralizado y no responda a las señales del rescatista —«catatónico» disociado— el procedimiento debe ser, al comienzo, diferente de lo planteado en el párrafo anterior. Respecto a la disociación, debe decirse que es un mecanismo de defensa psicológico postulado por Janet [10] mediante el cual el organismo reacciona frente a traumas que lo sobrepasan. Durante un estado de disociación, las víctimas se encuentran en otra dimensión temporal, no pudiendo reintegrar-

se al momento presente [14]. Para socorrer a una persona en este estado, lo primero que se debe hacer es presentarse y ubicarse en la misma posición física. Posteriormente, el socorrista debe tomar su mano y apretarla rítmicamente como si se imitaran los latidos del corazón [8]. Una vez que la víctima responde (ya sea con la mirada o repitiendo los movimientos con su mano), el rescatista debe volver a presentarse y emplear el procedimiento ya explicitado en el párrafo anterior.

Protocolo de intervención de acuerdo al Modelo de las 4 C

A partir de la implementación del *Modelo de las 4 C*, se ha pautado un protocolo a seguir al momento de la PAP. De acuerdo con la Real Academia Española, un protocolo comprende una secuencia detallada de un proceso de actuación, en este caso, ante situaciones de desastre. La implementación de un protocolo trae grandes beneficios ya que no sólo sistematiza los pasos que hay que seguir a la hora de ayudar a una persona en una situación de crisis, sino que también facilita la toma de decisiones durante todo el proceso. A su vez, un protocolo provee de herramientas sencillas y eficaces para prevenir distintos trastornos tales como el TEPT, los ataques de pánico, las agorafobias y la depresión, entre otros. Como se dijo anteriormente, a través de estas herramientas, se induce a las víctimas a que activen diversas regiones de la corteza frontal a fin de inhibir la actividad exacerbada del cerebro límbico, producto del estrés derivado de la situación vivida y se disminuye notoriamente el riesgo de trauma psicológico [8].

El primer paso del protocolo consiste en unirse al estado de la persona, es decir, si la persona está caminando, corriendo o bien, sentada en el piso, el socorrista debe acompañarla en esta actividad. Como segundo paso, se debe, en la medida de lo posible, buscar un lugar tranquilo y seguro, eliminando las distracciones y salvaguardando la privacidad del afectado, sobre todo de la presencia de los medios de comunicación [17, 18]. Como tercer paso, se recomienda situarse cerca de la persona, pero guardando cierta distancia y manteniendo un comportamiento apropiado según la edad, el género y la cultura del afectado. El cuarto paso, señala una escucha

activa, mostrándole a la persona que se le está prestando atención. En el quinto paso, se debe preguntar el nombre a la persona y llamarla como tal por el mismo, al mismo tiempo a la vez que el socorrista se presenta, aclarando también su nivel de responsabilidad.

El sexto paso, despliega dos alternativas de acuerdo a la reacción de la persona: a) Si se encuentra paralizada, en estado *catatónico* pero el socorrista advierte que responde aunque sea con la mirada —estado «catatónico» no disociado— se la debe alentar para que se pare y camine (siempre y cuando un impedimento físico no la limite) acompañando esta acción con una mano en la espalda detrás de uno de sus hombros y la otra mano tomando la suya, para direccionarla hacia un lugar seguro. b) Si la persona se encuentra paralizada y no responde —estado «catatónico» disociado— el rescatista debe tomarle la mano y realizar apretones rítmicos hasta que la persona responda o se conecte con la mirada. Una vez que responde, se debe proceder como en el paso sexto.

El séptimo paso consiste en realizar preguntas sencillas a la víctima tal y como se comentó en el apartado de *control y desafío* (segunda premisa del *Modelo de las 4 C*). El octavo paso se relaciona con lo desarrollado en la cuarta premisa del *Modelo* —la *continuidad*— es decir, con la estructuración básica de la memoria del afectado. Aquí, se lo intenta ubicar en tiempo y espacio, explicándole qué sucedió, qué está sucediendo y qué va a suceder en los próximos minutos, pero no remitiéndose a los detalles del evento, ni tratando de estructurar su memoria de lo ocurrido. El noveno paso plantea que, mientras se dirige hacia un lugar seguro, se debe estimular el control ofreciendo al afectado la elección de distintas opciones simples. En el

décimo paso, se lo alienta para que esté activo y pueda ayudarse a sí mismo y a otros (por ejemplo, con el traslado de equipamiento, anotar teléfonos de familiares, entre otras tareas).

Conclusión

El objetivo primordial de la PAP es acompañar a la persona durante o inmediatamente después de un suceso estresante, brindarle herramientas que le permitan ir adquiriendo gradualmente el control de la situación, disminuir su sensación de vulnerabilidad y evitar, en la medida de lo posible, consecuencias indeseables que no solo atañen a la integridad física, sino también a la prevención de toda una variedad de trastornos psicopatológicos.

No obstante, a pesar de la importancia que adquiere la PAP en situaciones de crisis, Argentina no cuenta con protocolos de intervención actualizados que acompañen los últimos hallazgos de las neurociencias [28, 19].

En el presente trabajo, se propuso un protocolo de PAP basado en dichos resultados. Una adaptación local del protocolo que sistematice el modo de actuar en las situaciones de crisis, es de indudable importancia, porque proveería a los socorristas de herramientas sencillas y eficaces para disminuir el riesgo de trauma psicológico, para despejar el área de trabajo y facilitar la toma de decisiones.

Para concluir y en vista de las líneas futuras de investigación, se está estudiando la pertinencia de incorporar al protocolo PAP, la técnica de estimulación bilateral desarrollada por Shapiro [26, 27, 28] como estrategia adicional para recuperar a la víctima de estados de disociación profunda [11, 12, 13, 24, 25, 32].

Referencias

1. Akirav I, Maroun M. The role of the medial prefrontal cortex-amygdala circuit in stress effects on the extinction of fear. *Neural Plast.* 1983; Article ID 30873.
2. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: Freeman; 1997.
3. Bisson J, Jenkins P, Alexander J, Bannister C. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *Br J Psychiatry.* 1997; 171:78-81.
4. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen, D. A multidimensional meta-analysis

- of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry*. 2006; 162:214-27.
5. Davidson JR, McFarlane AC. The extent and impact of mental health problems after disaster. *J Clin Psychiatr*. 2006; 67(2):9-14.
 6. Everly GS Jr, Mitchell JT. Integrative crisis intervention and disaster mental health. Ellicott City, MD: Chevron Publishing; 2008.
 7. Everly GS Jr, Barnett DJ, Sperry NL, Links JM. The use of psychological first aid (PFA) training among nurses to enhance population resiliency. *Int J Emerg Ment Health*. 2010; 12(1): 21-31.
 8. Farchi M. Comunicación personal. Seminario Estrés y Trauma en Situaciones de Catástrofe. Rectorado del Instituto de Enseñanza Superior del Ejército; 7-8 de agosto de 2012.
 9. Hobbs M, Mayou R, Harrison B, Worlock PA. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *BMJ*. 1996; 313 (7070):1438-9.
 10. Janet P. *L'Automatisme psychologique*. Paris: Félix Alcan; 1989 [Société Pierre Janet, Paris, 1973].
 11. Jarero I, Artigas L, Luber M. The EMDR protocol for recent critical incidents: application in a disaster mental health continuum of care context. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2011; 5(3):82-94.
 12. Kutz I, Resnik V, Dekel R. The effect of single-session modified EMDR on acute stress syndromes. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2008; 2(3):190-200.
 13. Luber M. EMDR and early interventions for groups. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Basic and special situations. New York: Springer Publishing; 2009.p. 277-78.
 14. Márquez López-Mato A. (2003). Resiliencia: la otra cara de la vulnerabilidad al stress. *Revista Anxia*, 7:9-17.
 15. Norris FH, Friedman MJ, Watson PJ, Byrne CM, Diaz E, Kaniasty K. 60,000 disaster victims speak: Part 1. An empirical review of the empirical literature, 1981–2001. *Psychiatry*. 2002; 65(3):207-39.
 16. North CS, Pfefferbaum B. Mental health response to community disasters. A systematic review. *Jama*. 2013; 310(5):507-18.
 17. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía para trabajadores de campo. Ginebra: Nonserial Publications; 2012.
 18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre. Washington: OPS, OMS; 2009.
 19. Piñeyro D, Azzollini S, Torres A. Primera atención psicológica: resultados preliminares de la aplicación de un protocolo innovador en víctimas de catástrofes ambientales para la prevención de trastornos de ansiedad. V Jornadas de la RedVITEC: 10 años de experiencias de cooperación: Universidad–Entorno Socioproductivo–Estado.2015.
 20. Raphael B, Wilson JP. Editors. Psychological debriefing: theory, practice, and evidence. Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
 21. Rauch SL, Shin LM, Segal E, Pitman RK, Carson MA, McMullin K, Whalen PJ, Makris N. Selectively reduced regional cortical volumes in post-traumatic stress disorder. *Neuroreport*. 2003; 14:913-16.
 22. Rose S, Brewin CR, Andrews B, Kirk MA. Randomized controlled trial of individual psychological debriefing for victims of violent crime. *Psychol. Med*. 1999; 29(4):793-9.
 23. Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD000560.
 24. Schubert S, Lee CW. Adult PTSD and its treatment with EMDR: A review of controversies, evidence, and theoretical knowledge. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2009; 3(3): 117-32.
 25. Servan-Schreiber D, Schooler J, Dew MA, Carter C, Bartone P. Eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder: A pilotblinded, randomized study of stimulation typePsychother Psychosom. 2006; 75:290-97.
 26. Shapiro F. Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *J Trauma Stress*1989; 2:199-223.
 27. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures. New York: Guilford Press; 1995.
 28. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures. New York, NY: Guilford Press; 2001.
 29. Shin LM, Whalen PJ, Pitman RK, Bush G, Macklin ML, Lasko NB, et al. An fMRI study of anterior cingulate function in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2001; 50 (12):

- 932-42.
30. Shin LM, Orr SP, Carson MA, Rauch SL, Macklin ML, Lasko NB, et al. Regional cerebral blood flow in the amygdala and medial prefrontal cortex during traumatic imagery in male and female Vietnam veterans with PTSD. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61 (2):168-76.
31. Silove D, Steel Z. Understanding community psychosocial needs after disasters: implications for mental health services. *J Postgrad Med*. 2006; 52(2):121-5.
32. Stickgold R. Sleep-dependent memory processing and EMDR action. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2008; 2:289-99.