

# LA ASISTENCIA PSICOLÓGICA EN SITUACIONES DE CRISIS: LOS DOS MOMENTOS EN EL ABORDAJE DE LA VÍCTIMA



SERGIO AZZARA

Licenciado en Psicología y Doctor en Humanidades Médicas por la Universidad de Buenos Aires. Presidente del Centro de Estudios e Investigación en Salud Mental (CEDISAM). Investigador de categoría 4 en el Instituto de Investigaciones Cardiológicas Dr. Taquini" (UBA-CONICET).

Con la colaboración de Aldana Grinhauz, Mario Squillace Louhau, Diego Piñeyro, y Susana Azzollini.

## La primera ayuda psicológica (PAP)

### Aspectos generales

Una situación de crisis consiste en un suceso de implicancias negativas, que suele ser sorpresivo y acarrear graves consecuencias, tales como destrucciones materiales e, incluso, pérdidas de vidas (Everly & Mitchell, 2008; Fritz, 1961; North & Pfefferbaum, 2013; Silove, Steel, & Psychol, 2006). Además del riesgo vital que puede suponer este tipo de situación, en muchos casos las víctimas no sólo ven amenazada su integridad física, sino también su integridad psicológica. Las consecuencias psicopatológicas más frecuentes son: trastornos de

ansiedad, depresión y el denominado trastorno de estrés post-traumático (TEPT).

Frente a estas consecuencias, resulta de vital importancia para las víctimas poder hacer frente a tal suceso de la manera más salutogénica posible (Páez, Arroyo, & Fernández, 1995), por lo que es fundamental que la víctima tenga un papel activo y sea parte de la solución del problema. Por tal motivo, la asistencia psicológica precoz a víctimas de un desastre llevada a cabo por voluntarios rescatistas consiste en la atención psicológica temprana con el objetivo de disminuir los síntomas de estrés y modificar el comportamiento disfuncional, para lograr un estado de funcionamiento adaptativo y autónomo y promover el acceso a otro nivel de atención (Everly, & Mitchell, 2008; Jarero, Artigas, & Luber, 2011). Dicha forma de intervención persigue cuatro metas principales: 1) estabilizar el funcionamiento psicológico de la víctima mediante el descubrimiento de sus necesidades básicas y la implementación de los elementos necesarios para satisfacerlas; 2) bajar los síntomas de estrés a través de transmisión de contención, seguridad y tranquilidad; 3) adquirir nuevamente el funcionamiento psicológico funcional, adaptativo y flexible y 4) promover el acceso a otros niveles de atención, en caso de que sea necesario. Se favorece, asimismo, la conexión con los demás y con los recursos para la satisfacción de las necesidades prioritarias (Benight & Bandura, 2004; Everly, Barnett, Sperry & Links, 2010; Everly & Mitchell, 2008; Jarero, Artigas & Luber, 2011).

En 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una guía de Primera Atención Psicológica (PAP) para los rescatistas que intervienen en situaciones de desastre. Según dicha guía, la PAP es una respuesta de apoyo y ayuda hacia un ser humano que sufre y que necesita ayuda. La PAP sugiere brindar apoyo y confort de manera no invasiva, valorar las necesidades prioritarias de la víctima y proveerle los elementos para satisfacerlas. También propone la escucha sin presionar al mismo tiempo que se tranquiliza al padeciente y se lo asiste para que pueda conectarse con los recursos materiales y humanos necesarios, así como con los servicios sociales. Finalmente, en la guía se recomienda brindar las herramientas necesarias de protección hacia ulteriores riesgos y amenazas. Es importante mencionar que la intervención no debe ser llevada a cabo necesariamente por profesionales (OMS, 2012). De hecho, los rescatistas que acuden generalmente son bomberos, personal de la Cruz Roja o del Ejército.

## Modelo de las cuatro C

En una situación de crisis, se produce la hiperactivación del sistema límbico, que es el que dirige las respuestas fisiológicas que caracterizan los estados emocionales de temor o enojo. Simultáneamente, disminuye la actividad de la corteza frontal, de la que dependen la toma de decisiones, la regulación emocional y las sensaciones de control. Estos dos aspectos –hiperactividad del sistema límbico e hipoactividad de la corteza frontal– generan un aumento de la sensación de indefensión, vulnerabilidad y pérdida de control por parte de la víctima, lo que desencadena una reacción de estrés aguda (Farchi, 2012).

Para poder disminuir este tipo de respuesta, existe un modelo basado en las premisas de Farchi (2012) denominado Modelo de las 6 C, y cuyo objetivo es establecer orientaciones para la primera asistencia a las víctimas en situaciones de crisis. Dicho modelo es utilizado actualmente por el Ejército israelí.

En la Facultad del Ejército (UNDEF) se modificó el protocolo israelí para la aplicación en nuestro país. Dicho protocolo consiste en un conjunto de acciones sistematizadas, basado en los principios que guían la PAP para agilizar y hacer más eficaz la acción del rescatista.

Con el fin de activar la corteza prefrontal y minimizar la activación del sistema límbico, se proponen cuatro directrices que guían en todo momento la acción del rescatista (Modelo de las 4 C): 1) *comunicación cognitiva*: se busca activar la zona cortical prefrontal y bajar la intensidad de la actividad de la zona límbica mediante interacciones cognitivas simples entre el rescatista y la persona afectada; 2) *control y desafío*: se trata de que la víctima recupere la sensación de control y autoeficacia promoviendo comportamientos que supongan una toma de decisiones sencilla; 3) *compromiso*: se apunta a la disminución del estado de vulnerabilidad de la víctima mediante la promesa expresa del acompañamiento personal hasta que el riesgo de la situación disminuya y 4) *continuidad*: se pretende lograr la disminución de la sensación de confusión de la persona afectada ubicándola en tiempo y espacio, mediante una explicación corta y concreta acerca de qué sucedió, qué ocurre ahora y lo que tendrá lugar posteriormente (Azzollini et al., 2017).

Como resultado de todo esto, se logra disminuir la excitación límbica y activar los procesos cognitivos corticales. Por lo tanto, la víctima abando-

na su situación pasiva disfuncional y su estado de vulnerabilidad y logra de manera gradual acceder a una situación de actividad caracterizada por una mayor autonomía y una funcionalidad psicológica adaptativa e incluso puede ser reclutada para ayudar a los demás.

Por todo lo tanto, contar con un cuerpo de voluntarios rescatistas entrenados para realizar la PAP y colaborar con los equipos especializados en catástrofes mejoraría la organización general de la tarea de rescate y reduciría las tasas de TEPT en las víctimas (de Leo et al., 2003).

## Protocolo de Intervención de acuerdo al Modelo de las Cuatro C

De esta manera, el protocolo de PAP (Azzollini et al., 2017, del original de Farchi, 2012) para utilizar con las víctimas en las fases tempranas de una situación de catástrofe, basado en el modelo de las cuatro C, tiene como objetivos principales el despeje de la zona de trabajo y la disminución de la probabilidad de padecer secuelas psicológicas tales como un trastorno por estrés postraumático (TEPT) en la víctima que experimentó la situación de emergencia o catástrofe.

El diseño e implementación de un protocolo permite sistematizar las acciones en el momento de socorrer a una persona en una situación de catástrofe y simplifica la toma de decisiones durante el proceso.

### *Primer paso: aproximación*

El primer paso del protocolo es coincidir con el estado de la persona. Es decir, si está sentada, corriendo o caminando, el rescatista acompaña a la víctima en la misma acción.

### *Segundo paso: privacidad*

Posteriormente, se intenta encontrar un espacio tranquilo y seguro para hablar y cuidar la privacidad de la víctima de los medios de comunicación (OMS, 2012; OPS, 2006).

### *Tercer paso: acercamiento*

El rescatista debe ubicarse cerca de la víctima, a cierta distancia y manteniendo una conducta adecuada en relación a la edad, el género y la cultura del afectado.

#### *Cuarto paso: escucha activa*

El rescatista debe sostener una escucha activa, demostrándole a la persona que en ese momento es el centro de atención.

#### *Quinto paso: interacción*

Se le pregunta a la persona su nombre y, al mismo tiempo, el rescatista debe presentarse e indicar su responsabilidad en la tarea de rescate.

#### *Sexto paso: activación*

Este paso se divide en dos opciones de acción, según cómo haya reaccionado la víctima ante la intervención inicial: a) Si la víctima está paralizada, pero responde a estímulos, aunque sea con la mirada –estado no disociado– se lo debe alentar a que se incorpore y camine (si su estado físico lo permite) acompañando esta acción con una mano en la espalda detrás de uno de sus hombros y la otra mano tomando la suya y, de esta manera, direccionarlo hacia una zona segura; b) Si la víctima se encuentra paralizada y no reacciona a ningún tipo de estímulo –estado disociado–, el rescatista debe tomar la mano de la persona y presionarla de manera rítmica hasta que la persona reaccione o conecte con la mirada. Luego se procede como el paso 6 (a).

#### *Séptimo paso: interrogación*

Supone ejecutar preguntas simples (no emocionales) a la persona afectada, preferentemente a las que la víctima pueda responder afirmativamente.

#### *Octavo paso: continuidad*

En este paso, se busca ubicar al afectado en tiempo y espacio, explicándole qué pasó, qué está pasando y que va a acontecer en los próximos minutos.

### *Noveno paso: control y desafío*

Mientras se camina hacia un lugar seguro, se estimula la sensación de control de la víctima proponiendo decisiones que impliquen elegir entre distintas opciones sencillas (tales como permanecer parado o sentado, beber agua o jugo, entre otras).

### *Décimo paso: reclutamiento*

Se debe alentar y promover que la víctima permanezca en el lugar, pueda ayudarse y ayudar a otros (por ejemplo, ir a buscar alimentos para los demás o tomar nota de teléfonos de familiares).

Es necesario considerar que a veces esta primera ayuda psicológica resulta insuficiente, sobre todo cuando la persona ya experimentó un trauma previo que dejó secuelas.

## Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)

Luego de la asistencia a la emergencia primaria, es de especial interés contar con procedimientos efectivos para asistir a aquellos individuos que han desarrollado posteriormente secuelas psicológicas. Cabe destacar que aquí ya es necesario acudir a la ayuda psicológica profesional y altamente calificada. Tratar este tipo de consecuencias psicológicas no es tarea sencilla y se deben implementar terapias basadas en evidencia empírica. Entre las consecuencias psicológicas de mayor incidencia en estadios posteriores a una situación de crisis, puede mencionarse el TEPT. Los criterios diagnósticos del TEPT que propone el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-5; APA, 2013) muestran grandes diferencias con los postulados en la cuarta versión de dicho manual (DSM-IV; *American Psychiatric Association*, 1994). En el DSM-5, se exponen explícitamente los estresores sin tener en cuenta la reacción subjetiva genérica de la víctima (criterio A), y se señalan cuatro dimensiones sintomáticas que comprenden la reexperimentación, evitación conductual/

cognitiva, alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y un aumento de la activación psicofisiológica, que abarca también el desarrollo de conductas de riesgo o autodestructivas.

El TEPT aparece en una proporción importante de personas como secuela tras haber atravesado una situación riesgosa para su integridad psíquica y física. De acuerdo con el DSM-5 (APA, 2013), la prevalencia de este trastorno puede oscilar entre el 0.5% y el 3.5% de la población adulta. Incluso, muchas veces, el TEPT aparece disfrazado en los llamados síntomas de evitación, con los que el paciente busca evitar cualquier estímulo o referencia que lo conduzca al trauma que vivenció. Entre los síntomas evitativos pueden enumerarse la depresión, la irritabilidad, el consumo abusivo de alcohol, entre otros.

Para este tipo de trastorno existen intervenciones novedosas y probadas científicamente. Una de las más prometedoras es la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (EMDR, por sus siglas en inglés) para el tratamiento de los pacientes con TEPT (Bisson, Roberts, Andrew, Cooper, & Lewis, 2013; Bossini, Casolaro, Santarneckchi, Caterini, Koukouna, et al., 2012; Chen, Zhang, Hu & Liang, 2015; van der Kolk, Spinazzola, Blaustein et al., 2007).

## Terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático

En 2004, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) incluyó en su guía de práctica clínica el procedimiento EMDR como un tratamiento eficaz para el TEPT. A su vez, unos años antes, el Consejo de Salud Mental del estado de Israel incluyó al EMDR entre los tres primeros tratamientos de elección para víctimas con este trastorno.

La terapia EMDR fue desarrollada por Shapiro (1989), inicialmente pensada como una variación de los tratamientos clásicos de exposición desarrollados por la psicología comportamental (Wolpe, 1958). En sus inicios, se creía que el mecanismo era la habituación de las memorias traumáticas debido a una exposición prolongada a ellas. Luego, este punto de vista fue puesto en duda (véase *Mecanismos del EMDR*).

El metaanálisis realizado por Bisson et al. (2013) indicó que hay suficiente

evidencia empírica para caracterizar al EMDR como un procedimiento bien establecido para el tratamiento de sintomatología relacionada con las secuelas de vivencias traumáticas. Su metaanálisis utiliza la base de datos de Cochrane (*Cochrane database system review*) con datos de 2005 hasta la fecha de la revisión. De una evaluación de 70 estudios, se logró obtener una muestra de 4761 participantes diagnosticados con diferentes clases de TEPT. Estos sujetos habían sido tratados con varios tipos de intervenciones, entre las que se destacaron las terapias EMDR, cognitivo conductual (TCC), cognitivo conductual focalizada en el trauma (TCCFT) y otro tipo de intervenciones (*counseling*, terapias psicodinámicas, etc.). Uno de los primeros resultados fue la superioridad de las intervenciones focalizadas en el trauma (EMDR, TCCFT) respecto de las intervenciones no focalizadas. Al comparar los dos tratamientos, se hallaron rendimientos similares para EMDR y TCCFT. Ambos procedimientos fueron muy superiores a otro tipo de intervenciones psicológicas y farmacológicas. Además, en los estudios de seguimiento, las recaídas eran significativamente inferiores para los pacientes tratados con EMDR y TCCFT con respecto a lo ocurrido con aquellos tratados con Terapia Psicodinámica, *counseling* u otro tipo de terapias de soporte. Otra medida importante de eficacia fue la pérdida de sujetos. Hubo una deserción significativamente mayor de participantes en los grupos que no recibieron EMDR o TCCFT.

El tratamiento EMDR también ha probado ser más eficaz que los antidepresivos inhibidores de la recaptación de la serotonina (IRSS, van der Kolk et al., 2007). En este estudio, se aleatorizaron 88 participantes, con diferentes subtipos de TEPT, a tres condiciones de tratamiento. Un grupo de pacientes recibió un promedio de seis sesiones de EMDR, a otro se le administró un fármaco placebo y a un tercer grupo de pacientes se lo medicó con fluoxetina durante ocho semanas. Al finalizar ambas intervenciones, los dos tratamientos tuvieron eficacias semejantes y se destacaron por encima de los resultados con el placebo. Sin embargo, durante la fase de seguimiento, la ventaja terapéutica sólo se observó en el grupo que recibió la intervención psicológica. Luego de seis meses, el 57% de los pacientes tratados con EMDR permanecieron asintomáticos. Por el contrario, luego del mismo tiempo, todo el grupo tratado con fluoxetina recayó.

La eficacia del tratamiento EMDR también pudo ser observada en la mejora del funcionamiento de estructuras neurales que sufrieron atrofia por las exposición prolongada a hormonas del estrés durante el TEPT. Al com-

pararse a los sujetos tratados con EMDR durante tres meses, con respecto a los controles no tratados, no sólo se observaron cambios significativos en la sintomatología de los pacientes sino también un incremento del 6% del volumen de sus hipocampos (Bossini et al., 2012).

Un metaanálisis más reciente (Chen, Zhang, Hu & Liang, 2015) realizado sobre 11 estudios independientes aportó evidencias muy favorables para la terapia EMDR. El total de la muestra de este metaanálisis fue de 424 sujetos, todos con diagnóstico de TEPT según criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión revisada (DSM IV-R; APA, 2013). Los estudios fueron equivalentes en la cantidad de sesiones de TCC respecto a las de EMDR. Los indicadores de mejoría globales mostraron una leve ventaja a favor de la intervención EMDR. Sin embargo, en lo que se refiere a pensamientos intrusivos y a la severidad de la activación emocional, las ventajas de EMDR fueron muy superiores al tratamiento cognitivo conductual y esto se mantuvo en la fase de seguimiento.

## Mecanismos de la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares

Aunque aún no hay consenso sobre el motivo de la efectividad del tratamiento de EMDR, hoy se cuenta con evidencia que permite conjeturar algunas hipótesis causales. Un estudio realizado con técnicas de neuroimagen mostró cambios en el metabolismo de regiones del cerebro de los sujetos que fueron tratados con seis sesiones de EMDR (van der kolk, Burbridge & Suzuki, 1997). El grupo de comparación, que no recibió tratamiento, no mostró diferencias en el metabolismo en el mismo lapso de tiempo. En la fase pretratamiento, aquellos pacientes con diagnóstico de TEPT tenían incrementos en la actividad de la corteza orbito-frontal derecha respecto a su homóloga izquierda. Esto fue observado mientras los pacientes reexperimentaban sus vivencias traumáticas. Esta asimetría de activación derecha-izquierda de las cortezas orbito-frontales es un indicador conocido de malestar emocional. Luego de ser tratados durante seis semanas con terapia EMDR, los individuos se diferenciaron del grupo control en esta asimetría. Los sujetos controles mantuvieron los mismos perfiles de actividad metabólica. Por otro lado, los sujetos tratados aumentaron la actividad de las cortezas orbito-frontales izquierdas emparejando sus índices

metabólicos con las cortezas derechas. A su vez, aumentó la transmisión interhemisférica, traduciéndose en mayores patrones de comunicación a través del cuerpo caloso. Las diferencias observadas a nivel fisiológico estaban asociadas con la disminución y/o desaparición de los síntomas. Conjuntamente, aumentaba la capacidad de verbalización del suceso traumático sin percibir impacto emocional. Según lo descrito por el estudio de seguimiento, los cambios se mantuvieron, al menos, durante 15 meses.

La explicación a estos fenómenos podría deberse al aumento de la actividad de ambos hemisferios cerebrales, el cual permitió integrar la información del suceso traumático. En la formación del trauma, el evento perturbador probablemente es almacenado como una memoria procedural de tipo implícito sin vinculación con la memoria episódico-semántica. Esta desvinculación de la vivencia originaria a partir de sus componentes implícitos sería la causante de la perdurabilidad de las huellas mnémicas con altas cargas emocionales que no terminan de ser procesadas (Shapiro, Lake & Norcross, 2003). La atención dual, junto a la estimulación bilateral –sin importar la modalidad sensorial de que se trate– permitiría la integración del recuerdo y la vinculación de sus componentes implícitos y explícitos en la terapia EMDR.

## Similitudes entre el sueño REM y el procedimiento de la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares

Durante la fase del sueño de movimientos oculares rápidos (REM) los individuos procesan la memoria emocional, por lo que inhibir esta fase del sueño impide una correcta asimilación de las experiencias emocionales (Spoormaker et al., 2012). Hace varias décadas, se observó que ante una mayor intensidad emocional de la actividad onírica en curso, los movimientos oculares producidos eran más veloces (Hong, Gillin, Callaghan & Potkin, 1992) Los movimientos oculares generarían naturalmente esa estimulación bilateral necesaria para la contextualización espacio-temporal-semántica de las sensaciones y vivencias emocionales. A nivel psicofisiológico, el sueño REM sólo es eficaz para disminuir la intensidad emocional de recuerdos de alto impacto cuando los movimientos logran disminuir la cantidad de ondas gamma en las regiones prefrontales (ven der Helm et al., 2011). La

disminución de las ondas gamma es un indicador de la merma de la noradrenalina producida por el locus cerúleo (mesencéfalo). La disminución de este neurotransmisor y la baja actividad de la corteza prefrontal en esta fase serían las responsables de la desensibilización de la experiencia emocional durante el sueño. La noradrenalina liberada en la fase REM puede inhibir este proceso y generar desincronización de los dos hemisferios cerebrales (Rauch, 1996).

Una revisión de estudios realizados entre 1999 y 2012 indaga los cambios psicofisiológicos, a través de técnicas de neuroimagen durante la terapia EMDR y aporta evidencia a favor de la hipótesis de la integración interhemisférica como mecanismo curativo (Pagani, Högberg, Fernandez & Siracusano, 2013). Al realizarse estimulación bilateral y atención dual (véase los ocho pasos del procedimiento EMDR) se producen importantes cambios en el flujo del metabolismo cerebral. Técnicas de *single photon emission computer tomography* (SPECT) indican un alto metabolismo de regiones límbicas y corticales durante la fase de reprocesamiento de las vivencias traumáticas. Esto coincide con las manifestaciones sintomatológicas del TEPT. Concordante con la disminución de la afectación de la sintomatología del paciente, también desciende la actividad de estas regiones así como disminuye la activación cortical provocada por el sistema reticular ascendente. En esta última observación, podría inferirse que la disminución de la noradrenalina cortical permita una mayor coordinación interhemisférica. Sin importar cuál sea la modalidad de estimulación bilateral utilizada (movimientos oculares, estimulación táctil o auditiva), todas ellas permiten el aumento de la actividad de las amígdalas cerebrales y un decremento de la actividad de las cortezas prefrontales durante la fase de procesamiento de las vivencias traumáticas (Herkt, Tumani, Gro, Kammer, Hofmann & Abler, 2014). Con la disminución de los síntomas, la actividad interhemisférica tiende a ser más simétrica, en especial aumenta la actividad de las cortezas prefrontales izquierdas, que previas al reprocesamiento se encontraban hipoactivas.

En conclusión, todos los procedimientos de estimulación bilateral favorecen la integración interhemisférica disminuyendo la actividad de las cortezas prefrontales y de los niveles de noradrenalina durante la exposición a las experiencias traumáticas. Éste es el mecanismo más probable de integración de las memorias implícitas a la red semántico-episódica. La

terapia EMDR emula mecanismos que han sido desarrollados naturalmente durante la evolución, asemejándose mucho a lo que ocurre durante la fase del sueño REM.

## Los ocho pasos de la terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares

El tratamiento EMDR consta de ocho fases que se aplican de forma sistematizada y se detallan a continuación.

### *Fase 1: el diagnóstico*

En la primera etapa del tratamiento, se desarrolla la confección de una historia clínica. Conjuntamente, se evalúa si el paciente está preparado o no para una intervención que implique el manejo de altos montos de emocionalidad durante la exposición a las vivencias traumáticas. Los criterios de selección del paciente remiten a la estabilidad y regulación emocional que posea para poder tolerar la reexperimentación de aquello que ocasionó el estrés postraumático. Se debe evitar que el paciente pueda incurrir en riesgos mayores por los efectos del tratamiento (por ejemplo, intento de suicidio, disociación, agravamiento de una adicción, etc.) En esta fase, se identifican los síntomas por los cuales consulta el sujeto, las experiencias traumáticas pasadas que se relacionan con los síntomas presentes y los disparadores actuales (estímulos señal) que activan las crisis sintomáticas. Al mismo tiempo, se aclaran cuáles son los objetivos que el consultante quiere alcanzar a futuro para que sirvan de guía al tratamiento. En esta fase, se desarrolla lo que se llama el *plan de secuencia de blancos*. Éstos son recuerdos perturbadores que alimentan la sintomatología actual.

### *Fase 2: la preparación*

Una vez que se ha decidido que el paciente cuenta con las condiciones de suficiente estabilidad para acceder a un tratamiento EMDR, se lo prepara para lo que será la aplicación de la técnica terapéutica. En esta fase, se brinda psicoeducación sobre el modelo para que la persona entienda el porqué de las intervenciones que se realizarán. Se enseña la técnica de

*atención dual*. Esto permite al paciente estar presente tanto en la vivencia traumática como en el aquí ahora con el terapeuta. También se enseñan técnicas de regulación emocional que preparan al paciente para atravesar emociones intensas que pueden producirse durante la exposición en la fase 4.

### *Fase 3: la evaluación*

En este momento, se selecciona el blanco que va a ser procesado en la fase de desensibilización. Del plan de secuencia de blancos, se eligen las vivencias según el orden de importancia e intensidad emocional que poseen para el individuo. Sin embargo, es adecuado elegir aquel recuerdo episódico que sea más antiguo y/o con mayor intensidad emocional para ser tratado inicialmente. Los blancos seleccionados en la Fase 1 son analizados según el modelo EMDR. Se asocian a ellos las creencias centrales negativas que el paciente tiene sobre sí mismo a raíz del evento, así como la cualidad e intensidad emocional que le produce al individuo conectarse con el recuerdo en el momento presente. El malestar emocional es medido con el procedimiento de Wolpe (1958). Se miden las *unidades subjetivas de ansiedad o malestar* (USA), cuya intensidad se estima del 0 al 10. Un componente que orienta y estimula al paciente para enfrentar el malestar emocional es aclarar cuáles son las cosas que él quisiera creer de sí mismo y que si las creyera le ayudarían a atravesar la exposición. Por convención del protocolo, se valora el grado de convencimiento de las creencias positivas con una escala Likert de siete opciones que va desde completamente convencido (7) hasta no lo creo en absoluto (0).

### *Fase 4: La desensibilización*

Esta fase es propiamente de *desensibilización* a través de estimulaciones bilaterales alternantes. La fase cuatro finaliza cuando se logra procesar emocionalmente el recuerdo blanco seleccionado. El paciente debe conectarse con la vivencia perturbadora utilizando la atención dual entre la misma y la *estimulación bilateral* que se aplique durante la intervención. Los tipos de estimulación más comunes son: a) movimiento de izquierda derecha con los ojos conducido por el terapeuta; b) estimulación auditiva alternante entre los oídos del paciente o; c) golpes rítmicos bilaterales so-

bre las manos del paciente. Se considera reprocesado un recuerdo cuando el malestar asociado con la vivencia ha disminuido a 0 USAs. Durante esta fase, puede ser necesario aplicar estrategias complementarias si el paciente se topa con *creencias limitantes* u otros *recuerdos alimentadores* que obstruyan el procesamiento del blanco elegido.

### *Fase 5: La instalación*

En este momento del tratamiento, se indagan las creencias positivas que el paciente necesitaba creer sobre sí mismo para superar la vivencia traumática. Al reevaluarlas, se busca ver si el paciente ha mejorado su nivel de adhesión a ellas o si ha cambiado la percepción sobre sí mismo. Si el paciente ha mejorado la autoimagen se utiliza un procedimiento para fijar ésta creencia. La nueva forma de percibirse suele ser más acorde al momento actual y a la nueva perspectiva asumida sobre la vivencia reprocesada. El criterio es que el paciente tenga una convicción máxima respecto de su creencia positiva (VOC = 7).

### *Fase 6: el screening corporal*

Al acceder al recuerdo reprocesado, se busca en un escaneo corporal si aún quedan activaciones físicas residuales al procesamiento. Se intenta despejar todos los vestigios de malestar corporal antes de concluir el procedimiento.

### *Fase 7: el final del procesamiento*

Al cierre de la sesión, el terapeuta se asegura de que el paciente esté estabilizado. Se establecen tareas entre sesiones, como el autorregistro de vivencias espontáneas que pudieran estar referidas a las memorias tratadas.

### *Fase 8: La evaluación*

En la sesión siguiente, se reevalúan los blancos vivenciales tratados. Si el SUD se mantiene en 0, se trabajan los próximos objetivos de desensibilización. También se indagan los efectos que pudo haber causado el reproce-

samiento en la sintomatología del paciente.

## Discusión: dos estrategias eficaces para dos momentos distintos

El presente trabajo se ha propuesto revisar teóricamente dos propuestas de intervención utilizadas ante situaciones de crisis en dos momentos distintos. En primer lugar, la PAP, que se lleva a cabo durante y en los primeros días inmediatamente posteriores al hecho. En segundo lugar, el EMDR, de probada eficacia clínica una vez que el TEPT ya se encuentra instalado en la víctima como secuela psicológica tras haber experimentado un suceso traumático. A su vez, la terapia EMDR debe ser llevada a cabo por un profesional de la salud altamente calificado, mientras que la PAP suelen implementarla personas que no necesariamente son profesionales, tales como bomberos, personal de la Cruz Roja o del Ejército. De acuerdo con esto, y teniendo en cuenta que el objetivo primordial de la PAP es brindarle a la víctima herramientas que le permitan ir adquiriendo gradualmente el control de la situación y disminuir su sensación de vulnerabilidad, resulta de vital importancia la puesta en marcha del protocolo de PAP (Azzollini et al., 2017) que sistematiza la acción de los rescatistas en el suceso de crisis. El presente protocolo, entonces, constituye una importante estrategia de prevención hacia tres frentes: 1) despejar rápidamente la zona de desastre para que los rescatistas puedan trabajar; 2) disminuir la probabilidad de que la víctima desarrolle consecuencias psicopatológicas graves a posteriori –el TEPT es uno de los mayor incidencia–, lo que redundaría en un mejoramiento de la calidad de vida; 3) reducir en la comunidad los costos económicos y de recursos humanos por necesidad de cuidados médicos y servicios de salud mental.

Por otra parte, si posteriormente al evento de crisis la víctima presenta una sintomatología compatible con un TEPT, el EMDR resulta una intervención de probada eficacia. No obstante, debe mencionarse que, como dicha intervención involucra el manejo de altos montos de emocionalidad por parte de la víctima, no se aconseja su puesta en práctica en los momentos iniciales del desastre (Comunicación personal, Farchi, 2017). En este sentido, el protocolo en PAP y el EMDR conforman estrategias diferentes. En el primero, se desaconseja totalmente apelar a la emocionalidad relaciona-

da con la actividad cerebral límbica y fomentar la activación cognitiva del sujeto. Por el contrario, el EMDR apela a la reexperimentación del evento que generó el trauma y todo el despliegue emotivo que esto conlleva. De esta forma, se desprende que la eficacia del protocolo en PAP y del EMDR no está dada únicamente por la intervención en sí, sino también por el momento en el que se llevan a cabo. Los dos momentos están asociados a objetivos diferentes, que se llevan a cabo mediante acciones también distintas: durante el desastre, promover la funcionalidad cognitiva a través de estimulación del lóbulo prefrontal (mediante la PAP) y en un momento posterior, en caso de establecerse un diagnóstico de TEPT, promover el proceso de integración mnémica de los recuerdos traumáticos a través de la reactualización y desensibilización de los eventos emocionales estresantes (mediante el EMDR).

## Bibliografía

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder*. Washington: Masson.

Azzollini, S., Azzara, S., Depaula, P., Cosentino, A., & Grinhauz, A. (2017). Modification of the First Psychological Assistance Protocol in Situations of Crisis. *ACTA PSIQUIATRICA Y PSICOLOGICA DE AMERICA LATINA*, 63(2), 139-147.

Benight, C. C., & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour research and therapy*, 42(10), 1129-1148.

Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *The Cochrane Database Systematic Reviews*, 13(12). doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.

Bleich, A., Koter, M., Kutz, E., & Shaley, A. (2002). *A position paper of the Israeli National Council for Mental Health: guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and the community*. Tel Aviv: Israel

Bossini, L., Casolaro, I., Santarnecchi, E., Caterini, C., Koukouna, et al. (2013). Evaluation study of clinical and neurobiological efficacy of EMDR in patients suffering from post-traumatic stress disorder. *Supplemento alla Rivista di psichiatria*, 47(2), 12-15.

Chen, L., Zhang, G., Hu, M., & Liang, X. (2015). Eye movement desensitization and reprocessing versus cognitive-behavioral therapy for adult posttraumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *The Journal of Nervous Mental Disorders*, 203(6), 443-451. doi: 10.1097/NMD.0000000000000306.

Everly Jr, G. S., Barnett, D. J., Sperry, N. L., & Links, J. M. (2010). The use of psychological first aid (PFA) training among nurses to enhance population resiliency. *International journal of emergency mental health*, 12(1), 21-31.

Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (2008). Integrative crisis intervention and disaster mental health. *Innovations in Disaster and Trauma Psychology*, 4.

Farchi, M. (2012). Comunicación personal. *Seminario "Estrés y Trauma en Situaciones de Catástrofe"*. Rectorado del Instituto de Enseñanza Superior

del Ejército, 7-8 de agosto de 2012.

Fritz, C. E. (1961). *Disaster*. Institute for Defense Analyses, Weapons Systems Evaluation Division.

Hong, C., Gillin, C., Callaghan, G.A., & Potki N. S. (1992). Correlation of rapid eye movement density with dream report length and not with movements in the dream: evidence against the scanning hypothesis. *Annual Meeting Abstracts*, 12.

Herk, D., Tumani, V., Gro, G., Kammer, T., Hofmann, A., & Abler, B. (2014). Facilitating Access to Emotions: Neural Signature of EMDR Stimulation. *Neural Signature of EMDR Stimulation*, 9(8), 1-8.

Jarero, I., Artigas, L., & Luber, M. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Application in a disaster mental health continuum of care context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(3), 82-94.

North, C. S., & Pfefferbaum, B. (2013). Mental health response to community disasters: a systematic review. *Jama*, 310(5), 507-518.

Organización Mundial de la Salud (2012). *Guía para trabajadores de campo*. Ginebra: Nonserial Publications.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2009). *Guía práctica de salud mental en situaciones de desastre*. Washington: OPS, OMS.

Páez, D., Arroyo, E., & Fernández, I. (1995). Catástrofes, situaciones de riesgo y factores psicosociales. *Mapfre seguridad*, 57, 43-55.

Pagani, M., Höbberg, G., Fernandez, I., & Siracusano, A. (2013). Correlates of EMDR Therapy in Functional and Structural Neuroimaging: A Critical Summary of Recent Findings. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(1), 29 - 38.

Rauch, S. L. (1996). A Symptom Provocation Study of Posttraumatic Stress Disorder Using Positron Emission Tomography and Script Driven Imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53, 380-387.

Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.

Shapiro, F., Lake, K., & Norcross, J. (2003). Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (EMDR): un tratamiento integrador del trauma. *Revista de Psicotrauma Iberoamérica*, 2(3), 4-10.

Silove, D., Steel, Z., y Psychol, M. (2006). Comprender las necesidades psicosociales de la comunidad después de un desastre: Implicaciones para los servicios de salud mental. *Revista de medicina de posgrado*, 52 (2), 121.

Spoormaker, V. I., Schroter, M. S., Andrade, K., C., Dresler, M., Kiem. S., et al. (2012). Effects of rapid eye movement sleep deprivation on fear extinction recall and prediction error signaling. *Human Brain Mapping*, 33(10), 2362-2376.

Van der Kolk, B., Burbridge, J., & Suzuki, J. (1997). The Psychobiology of Traumatic Memory: Clinical Implications of Neuroimaging Studies. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821, 99-113.

Van der Helm, E., Yao, J., Dutt, S., Rao, V., Saletin, J. M., & Walker, M. P. (2011). REM sleep depotentializes amygdala activity to previous emotional experiences. *Current Biology*, 21(6), 2029-2032.

Van der Kolk, B. A., Spinazzola, J., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), fluoxetine, and pill placebo in the treatment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term maintenance. *Journal of clinical psychiatry*, 68(1), 37.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford Univ. Press, Stanford, California. (1964). *Brit. J. Psychiat.*, 110, 28.