

# Programa de protección y cuidado de salud mental ante eventos potencialmente traumáticos

Humberto Marín Uribe<sup>1</sup>

## Resumen

No todas las personas afectadas por una crisis, emergencia o desastre desarrollarán consecuencias permanentes en su salud mental. Ello entrega varios "espacios de gestión" y genera oportunidades para implementar estrategias de prevención, respuesta y recuperación. El presente artículo propone un programa que integra algunas actividades que, pudiendo ser aplicadas a cualquier persona afectada por un evento potencialmente traumático, preferentemente pueden tener foco en equipos humanos que trabajan en emergencias y desastres, tales como bomberos, policías, equipos de atención prehospitalaria, entre otros. Para ello, el texto resume la evidencia en torno a las respuestas inmediatas y a largo plazo que presentan las personas afectadas por crisis, y presenta un total de seis herramientas insertas dentro de un continuo de acciones de protección y cuidado de la salud mental de personas afectadas por estos eventos.

## 1. Efectos de las crisis sobre la salud mental de las personas

Las personas expuestas ante emergencias, desastres u otras crisis presentarán respuestas inmediatas que se pueden clasificar en cuatro grupos; las de tipo *físico* (aumento de frecuencia cardíaca, fatiga, cansancio, etc), *cognitivo* (confusión, dificultades para tomar decisiones, etc), *interpersonales* (conflictos, desconfianza, etc) y *emocionales* (terror, rabia, tristeza, entre otros)<sup>1</sup>. Bonanno<sup>2</sup> en el 2004 propone que estas respuestas con el tiempo van avanzando hacia trayectorias prototípicas que pueden ser de cuatro tipos: la *crónica* (la persona ya tenía afectación previa al evento y éste sólo genera alteraciones dentro de su patrón de afectación ya existente), de *aparición retrasada* (la persona no genera ninguna alteración cuando vi-

1 Figueroa, Rodrigo A, Cortés, Paula F, Accatino, Luigi, & Sorensen, Richard. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. Revista médica de Chile, 144(5), 643-655. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>

2 Bonanno GA. Loss, trauma and human resilience: have we underestimated to human capacity to thrive after extremely aversive events? Am Psychol. 2004 Jan;59(1):20-8.

## 2. ¿Qué se ha hecho para mitigar estos efectos?

vencia el evento, pero estas van apareciendo a medida que pasa el tiempo), de *recuperación* (la persona afectada presenta una respuesta visible en el momento que vivencia el evento moderada, la que sin llegar a ser severa, disminuye con el tiempo), y la *resiliente* (la persona desde que vivencia el evento tiende a mejorar y adaptar su respuesta hacia una rápida superación del evento). A estas cuatro trayectorias prototípicas descritas por Bonanno, Saito y otros autores<sup>3</sup> en 2022 agregan una trayectoria adicional que estaría presente en quienes integran equipos de primera respuesta ante emergencias. Los autores hicieron un seguimiento de siete años a un grupo de bomberos japoneses, después de lo cual sugieren la existencia de una quinta trayectoria de *recuperación incompleta*, en la cual -y como hipótesis de trabajo aún- puede ser clave la superposición o constante exposición de estos equipos ante emergencias o desastres.

Estas investigaciones muestran que no todas las personas afectadas por crisis, emergencias o desastres desarrollarán una enfermedad, entregando por tanto un espacio, una posibilidad o alternativa de "hacer algo"; vale decir, en gestionar el riesgo resultante de la interacción de amenazas con las vulnerabilidades y capacidades presentes en las personas y sistemas afectados. Es por ello que a estos eventos (emergencias, desastres y crisis en general) preferimos llamarles *eventos potencialmente traumáticos*, y no eventos traumáticos propiamente tal, dado que no todas las personas que los vivencian desarrollarán algún trastorno del espectro postraumático.

Las primeras propuestas para apoyar en salud mental a personas afectadas por eventos potencialmente traumáticos las podemos encontrar en el trabajo realizado por E. Lindemann y el desarrollo de la "intervención en crisis" (1942). Ella estaba integrada por actividades centradas en ofrecer ayuda concreta, indicar a las personas afectadas cuáles podrían ser sus reacciones esperadas, y cuándo era necesario pedir ayuda (psicoeducación). Sin embargo, adicionalmente se proponía la expresión emocional (catarsis) y la reconstrucción de la experiencia, actividades que actualmente sabemos que de ser implementadas de manera obligatoria pueden causar más daño en las personas afectadas por la crisis<sup>4</sup>.

Posteriormente Kardiner y Spiegel, en contexto posterior a la 2a Guerra Mundial, agregan como características a esta ayuda en crisis la rápida respuesta (inmediatez), la proximidad con el afectado (ir hacia él), la brevedad y la simpleza<sup>5</sup>, mientras que Caplan en 1964 agrega la necesidad por incluir acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.

Todos estos elementos son posteriormente incorporados por Mitchell en su modelo del *Critical Incident Stress Management* (CISM), el cual propone una etapa en la fase de respuesta llamada *Critical Incident Stress Debriefing* (CISD). Es esta etapa (aislada del CISM) la cual en los años ochenta y noventa se masifica y se conoce simplemente como "debriefing".

3 Saito, T., Van der Does, F., Nagamine, M., Van der Wee, N., Shigemura, J., Yamamoto, T., Giltay, E. (2022). Risk and resilience in trajectories of post-traumatic stress symptoms among first responders after the 2011 Great East Japan Earthquake: 7-year prospective cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 1-8. doi:10.1192/bjp.2022.2

4 Rose S, Bisson J, Churchill R, and Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(3):CD000560.

5 Flannery RB, Everly GS. Crisis intervention: A review. *International Journal of Emergency Mental Health* 2000;2(2): 119-125.

El programa de Mitchell fue muy masificado a nivel de organismos militares y de respuesta ante emergencias; sin embargo, solo una de sus etapas (la de "debriefing" o CISD) fue extendida para ser utilizada -muchas veces de manera obligatoria, descontextualizada e indiscriminada- con afectados no emergencistas que sufrían las crisis. Este hecho, sumado a la aparición de personas que veían afectada su salud mental después de participar en dichas sesiones llevaron a los científicos a investigar más de la técnica. Aun con algo de polémica al respecto, sus resultados y el consenso general recomiendan la no aplicación del debriefing <sup>6 7</sup>, llegando incluso a formalizarse en una recomendación por parte de OMS/OPS para no utilizarlas: *La primera ayuda [psicológica] es una alternativa a las denominadas intervenciones psicológicas breves ("debriefing")*. En 2009, el Grupo de la OMS para la Elaboración de la Guía mh-GAP evaluó los datos disponibles comparando la primera ayuda psicológica y la intervención psicológica breve ("debriefing psicológico"). Llegaron a la conclusión de que a las personas muy angustiadas por haber estado expuestas recientemente a una situación traumática había que ofrecerles primera ayuda psicológica y no "debriefing psicológico" (pág.ii) <sup>8</sup>. Gran parte de esta propuesta se basaba en lo publicado en el año 2007 por Hobfoll y otros autores<sup>9</sup>, quienes describieron los principios que deben ser promovidos para guiar la ayuda urgente en salud

mental para personas y comunidades afectadas por crisis: *seguridad, calma, auto y heteroeficacia, conexión con redes y psicoeducación*; ello en contexto a la *Teoría de la Conservación de los Recursos*<sup>10 11</sup>.

Por todo ello, actualmente la recomendación internacional es aplicar *Primeros Auxilios Psicológicos* o *Primera Ayuda Psicológica (PAP)*, la que se describe como una respuesta humana, de apoyo a otro ser humano que está sufriendo y que puede necesitar ayuda<sup>12</sup>, de participación no obligatoria, que fomenta los cinco elementos descritos por Hobfoll, y que se hace cargo de todos los efectos que pueden tener los eventos potencialmente traumáticos. El apoyo emocional frente a una crisis es necesario, pero no suficiente, pues las personas presentan respuestas en cuatro ámbitos: cognitivo, interpersonal, físico y emocional<sup>13</sup>. Los PAP ofrecen ayuda justamente en estos cuatro ámbitos.

Sin embargo, y aunque hay un consenso en la utilización de los PAP, no existe un único modelo o protocolo internacionalmente recomendado; incluso podemos ver la aparición de nuevos modelos o formas de hacerlos de manera frecuente. Solo como ejemplo, algunos de los modelos conocidos son el español (ACERCARSE<sup>14</sup>), el de la National Child Trauma Stress Ne-

6 World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: WHO, 2013.

7 Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J. and Bisson, J. I. (2010). Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. Cochrane Database of Systematic Reviews(3), CD007944.

8 OMS/OPS (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203_spa.pdf)

9 Hobfoll SE, Watson P, Bell CC, Bryant RA, Brymer MJ, Friedman MJ, Friedman M, Gersons BP, de Jong JT, Layne CM, Maguen S, Neria Y, Norwood AE, Pynoos RS, Reissman D, Ruzek JI, Shalev AY, Solomon Z, Steinberg AM, Ursano RJ. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry* 70(4):283-315; doi: 10.1521/psyc.2007.70.4.283.

10 Hobfoll, S. E. (1998). Stress, culture, and community: the psychology and philosophy of stress. New York: Plenum Press.

11 Hobfoll, S. E. (2001). The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory. *Applied Psychology: An International Review*, 50(3), 337-421.

12 OMS/OPS (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203_spa.pdf)

13 Figueroa, Rodrigo A, Cortés, Paula F, Accatino, Luigi, & Sorensen, Richard. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista médica de Chile*, 144(5), 643-655. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>

14 Manuel Muñoz, Berta Ausín y Eloísa Pérez-Santos (2007). PRIMEROS AUXILIOS PSICOLÓGICOS: PROTOCOLO ACERCARSE. *Psicología Conductual*, Vol. 15, Nº 3, 2007, pp. 479-505. Disponible en [https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Mu%C3%B1oz\\_15-3oa.pdf](https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Mu%C3%B1oz_15-3oa.pdf)

work<sup>15</sup> (NTCSN) de EE.UU., el de OPS/OMS<sup>16</sup> o el PAP-ABCDE<sup>17</sup>.

Este último protocolo es nuestra recomendación al menos para la población hispanoparlante. Ello basado en un estudio publicado en marzo de 2022 el cual -a la fecha de recepción del trabajo- sería el primer estudio aleatorizado y controlado para verificar la efectividad de los primeros auxilios psicológicos. Sus resultados muestran -entre otras cosas- que, aunque la intervención con Primeros Auxilios Psicológicos PAP-ABCDE no prevendría el desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), sí disminuye sus síntomas precoces<sup>18</sup>.

### 3. LA CONTINUIDAD EN UN SISTEMA DE PROTECCIÓN Y CUIDADO

Las acciones de protección y el cuidado de la salud mental en situaciones potencialmente traumáticas se sugiere que sean incluidas en un continuo de cuidados. A dicho respecto, en 2016 Figueroa y otros autores<sup>19</sup> proponen que durante las primeras dos semanas de ocurrido

el evento se recomienda la aplicación de PAP y promoción de seguridad, calma, autoeficacia, conexión y esperanza descritas por Hobfoll. Desde la tercera semana en adelante se debe evaluar caso a caso para aplicar terapias con evidencia científica en trauma (por ejemplo, Terapia Cognitivo Conductual Centrada en el Trauma o EMDR). Este continuo de cuidados debería estar antecedido por acciones de prevención y mitigación, sobre todo cuando se deba trabajar con equipos humanos que se responsabilizan por intervenir en emergencias o desastres, tales como bomberos, policías, gestores, etc.

En consecuencia a lo revisado, y en contexto a esta cadena de cuidado utilizando la clasificación de Gordon<sup>20</sup> junto a las definiciones de terminología que realiza UNISDR<sup>21</sup>, es posible proponer un programa de protección y cuidado de la salud mental en crisis (Figura 1) que incluya actividades de *prevención universal* (en las etapas de *prevención* y *mitigación*) dirigidas a todo el conjunto de personas potencialmente afectadas, *prevención selectiva* (en la etapa de *respuesta*) dirigida al subgrupo de personas afectadas que así lo requiera, y *prevención indicada* a quienes hayan desarrollado un trastorno del espectro postraumático (en la etapa de *recuperación*).

15 <https://www.nctsn.org/resources/primeros-auxilios-psicologicos-guia-de-operaciones-practicas-2da-edicion>

16 OMS/OPS (2012). Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203_spa.pdf)

17 Cortés P., Figueroa R. (2018). Manual ABCDE para la aplicación de Primeros Auxilios Psicológicos en crisis individuales y colectivas. Ed. Pontificia Universidad Católica de Chile y Centro de Investigación para la Gestión Integrada del Riesgo de Desastres (CIGIDEN), disponible en <https://medicina.uc.cl/publicacion/manual-abcde-la-aplicacion-primeros-auxilios-psicologicos/>

18 Rodrigo Andrés Figueroa, Paula Francisca Cortés, Humberto Marín, Alvaro Vergés, Rodrigo Gillibrand & Paula Repetto (2022) The ABCDE psychological first aid intervention decreases early PTSD symptoms but does not prevent it: results of a randomized-controlled trial, *European Journal of Psychotraumatology*, 13:1, DOI: 10.1080/2008198.2022.2031829

19 Figueroa, Rodrigo A, Cortés, Paula F, Accatino, Luigi, & Sorensen, Richard. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista médica de Chile*, 144(5), 643-655. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>

#### A) Prevención universal (prevención y mitigación)

Las actividades de *prevención universal* están dirigidas a toda la población que se encuentre

20 Gordon R (1983). Una clasificación operativa de la prevención de enfermedades. *Informes de Salud Pública*, 98:107–109.

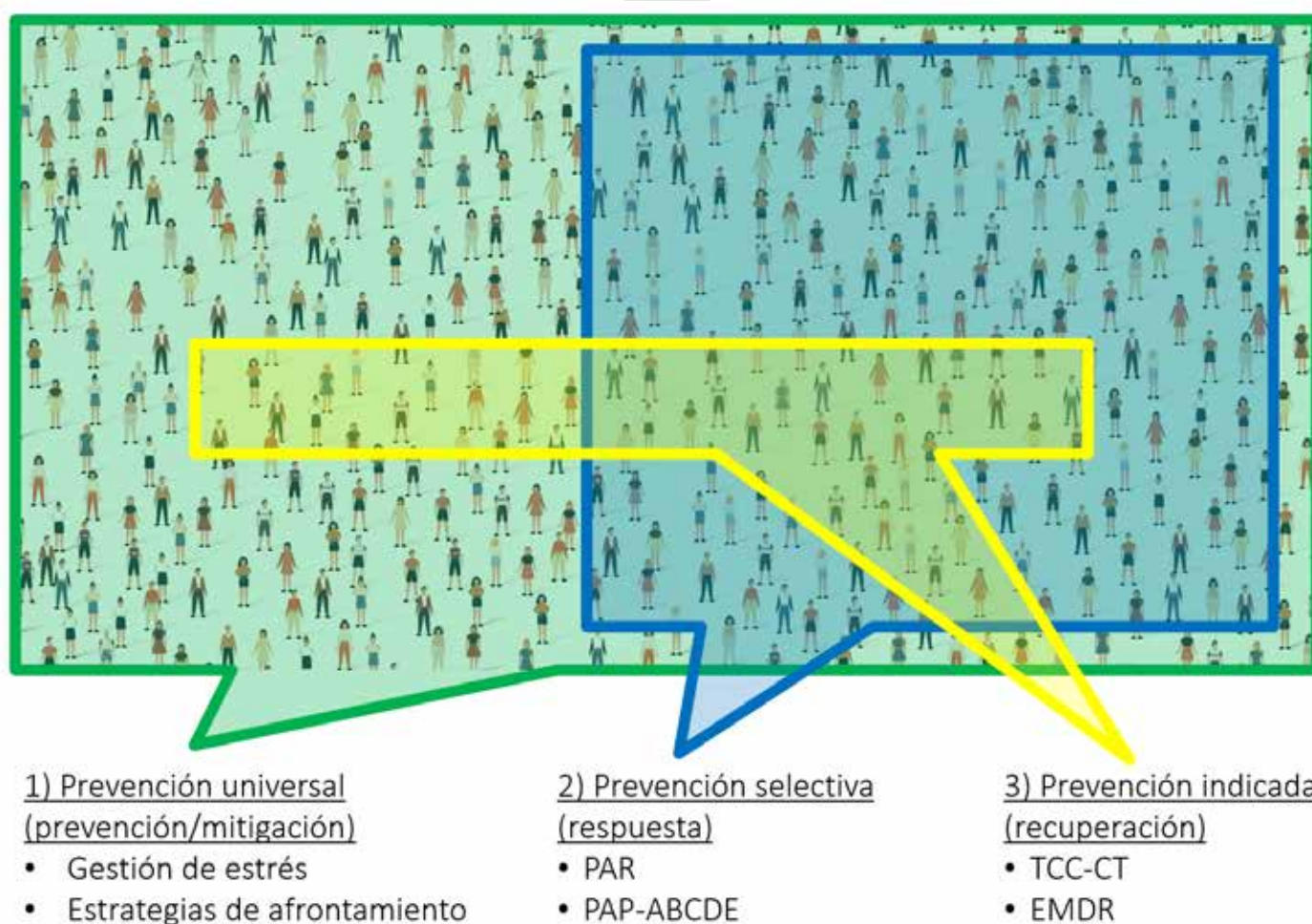
21 UNISDR (2009). Terminología sobre reducción del riesgo de desastres. Recuperado de [https://www.unisdr.org/files/7817\\_UNISDRTerminologySpanish.pdf](https://www.unisdr.org/files/7817_UNISDRTerminologySpanish.pdf)

expuesta al evento potencialmente traumático. Bajo dicha definición, este grupo incluye a todos los seres humanos, aun cuando se recomienda agruparlos según los riesgos a los cuales están expuestos; por ejemplo, población en general, equipos básicos de respuesta ante emergencias (bomberos, policías, personal de salud), equipos complementarios de respuesta (periodistas, obras públicas, logística, etc), familiares de alguno de esos grupos, comuni-

dades asociadas con las personas afectadas, grupos de apoyo diferenciado, entre otros. En esta etapa los objetivos principales son de *prevención* (evitar que el evento potencialmente traumático ocurra) o *mitigación* (reducir el impacto del evento sobre la salud de las personas).

Para cumplir dichos objetivos proponemos dos tipos de herramientas o actividades, que

Figura 1: Programa de protección y cuidado de salud mental en crisis



sabiendo no son las únicas posibles de implementar, si son recomendadas de llevar adelante particularmente en aquellos equipos humanos que tienen la responsabilidad de responder ante emergencias y desastres:

- Gestión del estrés: de una forma

sencilla, podemos entender el estrés como la respuesta de un ser humano frente a la valoración que realiza de un cambio medioambiental. Si esta persona percibe que sus capacidades (experiencia, entrenamiento, recursos personales, redes de contacto, conoci-



miento, etc.) son menores a las necesarias para resolver la situación, entonces activará casi automáticamente una respuesta de estrés displacentera (distrés) que le impedirá desempeñarse de manera adecuada. En general, los entrenamientos en gestión del estrés enseñan cómo modificar la valoración que hace una persona de sus recursos personales frente a los desafíos del medio ambiente. Por un lado, está la percepción que la persona tiene de sus capacidades, y por el otro la percepción que la persona tiene de la tarea. Dado que ambas son percepciones, son gestionables, modificables y entrenables. En gran medida una baja percepción de capacidades y/o aumentada percepción de las dificultades de la tarea están dadas por falta de conocimiento, entrenamiento, experiencia, confianza en el equipo de trabajo, entre otros. Finalmente, también se recomienda incluir contenidos relacionados con las estrategias de respuesta extrema ante estrés (ataque o huida descrito por Walter Cannon en el año 1932), así como del Síndrome General de Adaptación (SGA) descrito por Selye en el año 1956. Ambos con el fin de prevenir al emergencista en relación a la existencia en las personas de repertorios comportamentales automáticos, los que sin duda pueden colocar en riesgo a él mismo o su equipo.

- **Estrategias de afrontamiento:** en contexto de emergencias y desastres, las entendemos como un conjunto de acciones que de manera ordenada, tienen como objetivo prevenir, mitigar y recuperar el posible impacto de los eventos potencialmente traumáticos sobre las personas. Las estrategias de

afrontamiento pueden clasificarse de manera sencilla en dos grupos: las de alto nivel, y por tanto recomendables (por ejemplo, afrontamiento activo, aceptación, el humor y la planificación), y las de bajo nivel o no recomendables al menos en el mediano o largo plazo (por ejemplo, la negación, postergación, entre otras). Un programa de esta naturaleza debería capacitar y promover en los emergencistas la utilización de estrategias de alto nivel, además de tener la capacidad para identificar cuando estén utilizando las de bajo nivel para ir deshaciéndose de su utilización y no perpetuarlas en el tiempo. También se recomienda incluir la promoción de factores de protección generales y específicos en relación al grupo humano con el cual se esté trabajando<sup>22</sup>.

En relación a estos dos factores, en 2017 fue realizado el primer estudio nacional de salud mental en bomberos voluntarios Chilenos<sup>23</sup>, el cual identifica y describe los estresores más frecuentes en bomberos; entre ellos aparece el rescatar a un bombero, presenciar la muerte o lesiones de un bombero, escuchar por radio que hay bomberos lesionados, trabajar (o seguir trabajando) en el mismo lugar donde cayó herido un bombero o responder ante emergencias con niños como víctimas. Adicionalmente, el texto propone algunas técnicas de afrontamiento eficaces y actividades de capacitación o entrenamiento recomendables para estos equipos, in-

22 Journal of Traumatic Stress, Vol. 12, No. 2, 1999: "Coping Responses and Posttraumatic Stress Symptomatology in Urban Fire Service Personnel". Randal Beaton, Shirley Murphy, Clark Johnson, Ken Pike and Wayne Cornell.

23 Marín H., Ramos N., Astorga A., Breinbauer A.(2017). "Estrategias de Afrontamiento Psicológico y Salud Mental en Bomberos", Fondos concursables Academia Nacional de Bomberos de Chile 2016- 2017. Recuperado de [http://www.anb.cl/documentos\\_sitio/34734\\_Informe\\_investigacion.pdf](http://www.anb.cl/documentos_sitio/34734_Informe_investigacion.pdf)

cluyendo factores de protección que deben ser promovidos, como por ejemplo el apoyo moral de la ciudadanía, apoyo físico y logístico (descanso, agua, techo y comida), apoyo comunicacional (disponibilidad de información), interacción con redes de apoyo (la "familia bomberil"), el desarrollo de procedimientos, entre otros.

## B) Prevención selectiva (respuesta)

Cuando hablamos de *prevención selectiva* incluimos aquellas actividades que estarán destinadas a un subgrupo de personas afectadas por el evento, y que serán desarrolladas en la etapa de *respuesta*, proponiendo la implementación de dos técnicas:

- Preguntar, Apoyar y Referir (PAR): este simple acrónimo aparece en el contexto del apoyo entre pares, también conocido como "apoyo mutuo" o "peer support" en inglés. Según nuestra experiencia, la implementación de PAR ha ayudado a que los integrantes de diversas organizaciones (colegios, empresas, organismos de emergencia, etc.) sean capaces de mantener un permanente sistema de vigilancia y apoyo mutuo que les permita identificar cuando un integrante puede necesitar ayuda, preguntar cómo apoyar y referir a quien corresponda. Sus orígenes técnicos se encuentran en la técnica "QPR" propuesta en 1995 por Paul Quinnett para prevenir el suicidio<sup>24</sup> que ha sido utilizada y estudiada en dive

sos contextos organizacionales<sup>25 26 27 28</sup>, mientras que sus orígenes prácticos obedecen a entregar una herramienta sencilla, de muy fácil aplicación y recuerdo para equipos humanos que no se sienten cercanos, son refractarios a la capacitación en primeros auxilios psicológicos o prefieren no participar en sus entrenamientos, pero necesitan estar atentos al contexto y ser de ayuda como un sistema de alerta temprana.

- Primeros Auxilios Psicológicos (PAP-ABCDE): existen varios protocolos de primeros auxilios psicológicos, pero preferimos utilizar el PAP-ABCDE porque hemos tenido la oportunidad de validar científicamente su efectividad obteniendo resultados positivos<sup>29</sup>, tal como fue descrito previamente. El protocolo es un acrónimo donde cada letra indica una etapa a desarrollar: "A" para Escucha (A)ctiva, "B" para reentrenamiento de la (B)entilación<sup>30</sup>, "C" para (C)ategorización de necesidades, "D" para (D)erivación a redes de apoyo y "E" para psico(E)ducación. El protocolo además incluye el acrónimo "PAREN" para hacer referencia

25 Sharon L. Mitchell, Mahrin Kader, Sherri A. Darrow, Melinda Z. Haggerty & Niki L. Keating (2013) Evaluating Question, Persuade, Refer (QPR) Suicide Prevention Training in a College Setting, *Journal of College Student Psychotherapy*, 27:2, 138-148, DOI: 10.1080/87568225.2013.766109

26 Aldrich, R. S., Wilde, J., & Miller, E. (2018). The effectiveness of QPR suicide prevention training. *Health Education Journal*, 77(8), 964-977. <https://doi.org/10.1177/0017896918786009>

27 Wyman, Peter A., Brown, C. Hendricks, Inman, Jeff, Cross, Wendi, Schmeelk-Cone, Karen, Guo, Jing, Pena, Juan B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 76(1), Feb 2008, 104-115.

28 Naohiro Yonemoto, Yoshitaka Kawashima, Kaori Endo, Mitsuhiro Yamada (2019) Gatekeeper training for suicidal behaviors: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, Volume 246, 2019, Pages 506-514.

29 Rodrigo Andrés Figueroa, Paula Francisca Cortés, Humberto Marín, Alvaro Vergés, Rodrigo Gillibrand & Paula Repetto (2022) The ABCDE psychological first aid intervention decreases early PTSD symptoms but does not prevent it: results of a randomized-controlled trial, *European Journal of Psychotraumatology*, 13:1, DOI: 10.1080/20008198.2022.2031829

30 El acrónimo original era en inglés como "Breathing retraining", por lo que en su traducción al español heredó la "B" en reemplazo de la "V".



a las posibles cinco situaciones (una por cada letra) en las cuales se debe mantener la provisión de PAP-ABCDE, pero al mismo tiempo se debe solicitar ayuda médica especializada. Ello porque la persona asistida está presentando un comportamiento o señales no necesariamente son esperables en quienes son afectados por eventos potencialmente traumáticos<sup>31</sup>.

### C) Prevención indicada (recuperación)

Finalmente, las acciones de *prevención indicada* están dirigidas a un subgrupo de personas afectadas que, pudiendo haber estado incluida en los grupo previos, ya han desarrollado un trastorno del espectro traumático diagnosticado como tal, y por tanto, se requiere de implementar acciones propias de la etapa de *recuperación* usando la Terapia Cognitivo Conductual o EMDR. Ello debido a que esas técnicas son las que tienen mayor recomendación y validación científica en la recuperación de personas con trastorno de estrés postraumático<sup>32</sup>.

Actualmente sabemos que la protección y cuidado de la salud mental, particularmente en equipos que se desempeñan en eventos potencialmente traumáticos, tales como crisis, emergencias o desastres no es una opción, sino una obligación. También es importante señalar que un adecuado sistema de protección debe considerar herramientas y actividades presentes en todo el "ciclo de vida" del emergencista con especial foco en la prevención y mitigación, idealmente provenir desde dentro de la organización sin que ello implique un cambio en los objetivos organizacionales, y debe estar perma-

nentemente presente<sup>33</sup>. En consecuencia, el desarrollo de programas de protección y cuidado de la salud mental en emergencistas es algo que debe ser considerado como un componente con la misma prioridad, importancia y presencia de la que, por ejemplo, tienen los Equipos de Protección Personal (EPP).

31 <https://medicina.uc.cl/primeros-auxilios-psicologicos/>

32 Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 74(6), e541-e550. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08225>

33 Marín, H. (2016) ¿Cómo proteger la salud mental del personal que trabaja en emergencias y desastres? Disponible en <https://www.sochped.cl/noticias/442-como-proteger-la-salud-mental-del-personal-que-trabaja-en-emergencias>