

Debriefing Psicológico: revisión sistemática sobre su
eficacia con el personal interviniente en emergencias y
catástrofes.

Alumna:

Violeta Domínguez Martín

Tutor:

Juan Manuel Bethencourt Pérez

Co-tutora:

Lilisbeth Perestelo Pérez

Trabajo de fin de máster

Máster en Psicología General Sanitaria

Curso académico: 2019-2020

Índice

	<i>Páginas</i>
Resumen.....	3
Abstract.....	4
Introducción.....	5
Método.....	9
Criterios de inclusión y exclusión.....	9
Fuentes de información y búsqueda.....	10
Selección de los estudios.....	12
Proceso de extracción de datos y riesgo de sesgos.....	12
Resultados.....	13
Selección de los estudios incluidos.....	13
Características de los estudios.....	15
Riesgo de sesgos.....	20
Discusión.....	22
Resumen de la evidencia.....	22
Limitaciones.....	24
Conclusiones.....	25
Referencias.....	26
Anexos.....	31
Anexo 1.....	31
Anexo 2.....	33
Anexo 3.....	34

Tablas

Tabla 1.....17

Tabla 2.....21

Tabla 3.....24

Figuras

Figura 1.....14

Resumen

La naturaleza de las situaciones de crisis y catástrofes hace que las personas que se dedican profesionalmente a las emergencias tengan un riesgo elevado de desarrollar Trastorno por Estrés Post-traumático (TEPT). Existen diferentes intervenciones en crisis dirigidas a atender a estas profesiones. El “debriefing”, cuya versión original se denomina Debriefing del Estrés por Incidentes Críticos (CISD), es la más utilizada, aunque no libre de valoraciones controvertidas. Esta revisión sistemática pretende evaluar si la técnica puede ser eficaz para prevenir la aparición del TEPT en personal interviniente en emergencias. Para ello se realizó una búsqueda sistemática de ensayos controlados aleatorizados en Pubmed, PsycINFO y Cochrane. Se incluyeron un total de 5 estudios con un riesgo alto y poco claro de sesgo en varias dimensiones. La evidencia encontrada sugiere que el CISD como técnica aislada no es eficaz, aunque dos adaptaciones de la técnica sí han generado efectos positivos. No obstante, estos resultados no son lo suficientemente sólidos como para poder sacar conclusiones contundentes. Se requieren estudios con una mayor validez metodológica, que evalúen diferentes variantes de la técnica original y realizados en muestras más representativas de la población general (i.e., población civil, mujeres).

Palabras clave: catástrofes, Critical Incident Stress Debriefing, debriefing, emergencias, Trastorno por Estrés Post-Traumático

Abstract

The nature of crisis and disaster situations means that people who are professionally engaged in emergencies are at high risk of developing Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). There are several crisis intervention techniques designed to care for these workers. Debriefing, the original version of which is called Critical Incident Stress Debriefing (CISD), is the most widely used, but not free of controversial judgment. The aim of this systematic review is to assess if this technique could be effective for the prevention of PTSD symptoms in emergency workers. To this end, a systematic research was conducted in Pubmed, PsycINFO y Cochrane. A total of 5 studies, with a high and unclear risk of bias in various dimensions, were included. The evidence found suggest that CISD as an isolated tool is not effective, although two adaptations of the technique have found positive effects. Nevertheless, these results are not solid enough to draw strong conclusions. Studies with a higher methodological validity are required, evaluating different variants of the original technique and carried out in more representative samples of the general population (i.e., civilian population, women).

Keywords: disaster, Critical Incident Stress Debriefing, debriefing, emergencies, Posttraumatic Stress Disorder.

1. Introducción

En los últimos años las intervenciones psicológicas en crisis han ganado fuerza. Sucesos como el atentado de las Torres Gemelas (2001), el 11-M (2004), el derrumbe del edificio de Los Cristianos (2016) e incluso la actual situación del COVID-19 han dado paso a que las intervenciones en crisis comiencen a ser reconocidas y acogidas por la sociedad (Bangpan, Felix & Dickson, 2019; Brooks, Dunn, Amlôt, Greenberg & Rubin, 2018; Sheikhbardsiri, Yarmohammadian, Rezae & Maracy, 2017).

Se entiende por crisis una respuesta emocional aguda ante un suceso que rompe el equilibrio psicológico y provoca que las estrategias de afrontamiento habituales de la persona fallen en reestablecerlo. Cuando el suceso que desencadena este estado es potencialmente traumático puede dar lugar a una serie de reacciones psicológicas negativas como ansiedad, depresión, ataques de pánico y estrés postraumático (Mitchell, 2004).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5^a ed.; DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) reúne ciertos criterios para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). En primer lugar, la persona debe vivir la exposición a un suceso traumático (muerte, lesión grave, violencia sexual, guerra, accidente de tráfico...) ya sea real o amenaza. Además, durante un periodo superior a un mes, debe experimentar (1) síntomas intrusivos asociados al suceso (reexperimentación involuntaria e intrusiva del suceso, sueños angustiosos, entre otros), (2) evitación de estímulos asociados al suceso, (3) alteraciones cognitivas y del estado de ánimo y (4) alteración del estado de alerta y reactividad asociada al suceso.

Un aspecto que caracteriza este trastorno es que, a pesar de que muchas personas que han vivido situaciones traumáticas experimentan estos síntomas, la mayoría se recupera de forma natural y son pocas las que desarrollan TEPT. La prevalencia-vida se

encuentra entre el 3 y 4,4% a nivel mundial (Stein et al., 2014), mientras que en Europa la prevalencia anual es de 1,1%-2,9% (Wittchen et al., 2011) y en España entre 0,6% y 2,2% (Alonso, Lépine & ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee, 2007).

De hecho, no es necesario ser víctima directa del trauma, basta con ser víctima secundaria, y es por ello por lo que ciertas profesiones como las dedicadas a las emergencias tienen un riesgo muy elevado de desarrollarlo (McNally, Bryant & Ehlers, 2003; Tuckey & Scott, 2014).

En este sentido, se requiere atender a este sector de la población mediante intervenciones tempranas en crisis que se apliquen cercanas a la fecha del suceso y antes de que las secuelas psicológicas se compliquen y se traduzcan en una patología. Algunas de estas intervenciones han demostrado ser eficaces amortiguando y, en ocasiones, disminuyendo los síntomas de estrés postraumático que resultan de incidentes potencialmente traumáticos (Roberts, Kitchiner, Kenardy, Lewis & Bisson, 2019; Roberts et al., 2019; Visser, Gosens, Den Oudsten, & De Vries, 2017)

Los principales objetivos de este tipo de intervenciones son (1) mitigar el impacto del incidente crítico y (2) ayudar a acelerar el proceso de recuperación (Mitchell, 2003). Dentro de este tipo de intervenciones hay una en particular que se ha convertido en “una de las técnicas más controvertidas y polémicas de la historia de la psicología clínica” (Vera, 2004, p.7): el Debriefing Psicológico.

Este, se remonta a la Primera y Segunda Guerra Mundial. Después de ciertas batallas importantes comenzó a verse la necesidad de intervenir con soldados con la mayor inmediatez posible para que regresaran cuanto antes al campo de batalla. De esta manera, los comandantes reunían a sus soldados para compartir historias y experiencias acerca de lo vivido con el objetivo de aumentar su moral y prepararlos para futuras batallas (Litz, Gray, Bryant, & Adler, 2002). Basándose en esta idea, Jeffrey T. Mitchell

razonó que una estrategia similar podría utilizarse para disminuir las manifestaciones de estrés en el personal expuesto en su puesto de trabajo a incidentes críticos (bomberos/as, cuerpo de policía, cuerpo paramédico) (McNally et al., 2003). Fue entonces cuando en 1974 desarrolló un tipo de intervención grupal en crisis, la técnica que hoy conocemos como Debriefing del Estrés por Incidentes Críticos (CISD, por sus siglas en inglés, *Critical Incident Stress Debriefing*) que haría su primera aparición en la comunidad científica en 1983 (Mitchell, 2014).

El CISD es una técnica que no se aplica de manera aislada sino que pertenece a un programa más complejo de intervención en crisis llamado Manejo del Estrés por Incidentes Críticos (CISM, por sus siglas en inglés, *Critical Incident Stress Management*). Fue diseñada inicialmente para profesiones dedicadas a las emergencias (personal paramédico, bomberos/as, cuerpos de seguridad...) y sus objetivos finales son mitigar el impacto de un incidente traumático, facilitar la recuperación normal posterior e identificar aquellas personas que puedan necesitar atención especializada externa. Se trata de un grupo de psicoeducación que ayuda a normalizar las reacciones que genera el incidente crítico y facilitar su recuperación. Es una técnica muy estructurada que consta de siete fases: *introducción, hechos, pensamientos, reacciones emocionales, síntomas, información y reconexión*. Además, Mitchell hace especial mención a que debe ser aplicada por personal profesional de la psicología o específicamente entrenado en la técnica, a un grupo homogéneo de personas afectadas, en los primeros 2-14 días después del incidente crítico pudiendo alargarse hasta 4 semanas (en casos de desastres masivos) (Mitchell y Everly, 2000).

Si bien esas son las características de la técnica original con los años la comunidad científica ha ido haciendo modificaciones algunas de las cuales han contribuido a generar controversia y polémica sobre la técnica y el estudio de su eficacia. Pero antes de

profundizar en el origen de la controversia que rodea a esta técnica sería conveniente comenzar por el propio término “debriefing”.

Mitchel y Everly (2000, p.1) comienzan uno de sus artículos advirtiéndolo que “las palabras que escogemos para expresar un pensamiento o capturar un concepto no son solo un medio de comunicación, sino que afecta a las opiniones que nos formamos, la retórica que ofrecemos e incluso, la ciencia que enseñamos”. Y es que a raíz de la aparición del CISD el término “debriefing” se usa indistintamente para referirse a otras variantes de la misma técnica (Vera, 2004). De hecho, el concepto por sí solo se ha apoderado de todo el campo de las intervenciones en crisis, haciendo que el debate del “debriefing” se generalice en un debate acerca de todas las intervenciones en crisis (Mitchell, 2003).

Por ello, con el objetivo de aportar claridad a la presente revisión parece importante destacar que se hará uso del concepto “debriefing” o “Debriefing Psicológico” entendido tal y como lo hace Dyregrov (citado en Tuckey, 2007, p.107), es decir, “toda aquella intervención grupal en la que se exploran hechos, pensamientos, impresiones y reacciones tras un evento potencialmente traumático, así como se informa acerca de cómo afrontar esas reacciones”.

A pesar de que esta técnica lleva usándose muchos años y numerosas investigaciones han mostrado resultados tanto a favor como en contra, su eficacia sigue siendo controvertida (Tuckey & Scott, 2014). Esta situación, lejos de resolver la controversia, alimenta la polémica y el debate sobre el “debriefing”. Esto es así debido a que la gran mayoría de los estudios existentes, independientemente de sus resultados, presentan importantes limitaciones y carencias metodológicas. Y es que, resulta especialmente complicado realizar ensayos controlados aleatorizados (ECA) para las intervenciones en crisis debido a su naturaleza impredecible. Esto, da lugar a estudios sin grupo control o sin asignación aleatoria, dificultades para obtener medidas previas al

trauma (McNally et al., 2003; Tuckey & Scott, 2014), falta de experiencia del personal que interviene, variaciones a la intervención original o no definir con claridad la herramienta o el tipo de “debriefing” que se emplea, utilizar la técnica para casos individuales, en víctimas primarias y grupos poco homogéneos. Sin embargo, y a pesar de la controversia, el “debriefing” se sigue utilizando y las personas intervenidas la valoran de una manera muy positiva (Vera, 2004).

Objetivos de la revisión

¿Es realmente efectivo el “debriefing” para la prevención del TEPT en personal interviniente en emergencias?

Para responder la pregunta esta revisión sistemática se centra exclusivamente en ECA en los que se evalúa el “debriefing” grupal con personal interviniente en emergencias.

2. Método

Criterios de inclusión y exclusión

Diseño. Se incluyen ECA, en los cuales la población participante se asigna aleatoriamente a un grupo de tratamiento o a un grupo de control. Se excluyen estudios cuasi-experimentales, observacionales, revisiones y editoriales.

Población. Se incluyen estudios con personas mayores de 18 años que se dediquen profesionalmente a intervenir en emergencias, es decir, víctimas de situaciones potencialmente traumáticas: personal de medicina de emergencias, personal de enfermería de emergencias, personal de ambulancias, personal de rescate, cuerpo de bomberos y bomberas, cuerpo de policía y personal militar. Se excluyen estudios con

personas menores de 18 años o estudiantes, ya que la técnica original no aborda poblaciones con estas características (Mitchell, 2014).

Intervención. Se incluyen estudios en los que al menos un grupo recibe la intervención Debriefing del Estrés por Incidentes Críticos (CISD: Mitchell, 2014) así como otros tipos de intervención en crisis en formato grupal que se basaran en el “debriefing” (Tuckey, 2007). Se excluyeron estudios con intervenciones de “debriefing” que fueran en formato individual, ya que la técnica originalmente se desarrolló para ser aplicada en formato grupal.

Comparador. Se incluyen estudios en los que el grupo control no recibe ningún tipo de intervención, tratamiento habitual y/o recibe cualquier tipo de intervención psicológica como comparador, ya fuera otro tipo de intervención en crisis, psicoterapia o psicoeducación.

Medidas de resultado. La principal medida de resultado que resulta de interés para esta revisión es el Trastorno por Estrés Postraumático, en concreto, su prevención o reducción. Solo se incluyeron aquellos estudios que hubieran medido este parámetro mediante un instrumento estandarizado válido con medidas previas y posteriores a la intervención.

Fuentes de información y búsqueda

La búsqueda de la presente revisión sistemática se llevó a cabo en marzo de 2020. Antes de comenzar a elaborar la estrategia de búsqueda se comprobó que no existiera una revisión sistemática similar. Para ello, se utilizó la base de datos PROSPERO, en la que se registran revisiones sistemáticas de las ciencias de la salud, y se realizó una búsqueda manual en la base de datos Cochrane. Una vez se comprobó que no existía una investigación similar en los últimos cinco años, se comenzó a elaborar la estrategia de búsqueda.

Esta, se realizó utilizando principalmente el recurso del PuntoQ, un portal de búsqueda de información científica que proporciona la Universidad de La Laguna a su alumnado. A través de este se utilizaron dos bases de datos: PubMed y PsycINFO (EBSCOhost). Paralelamente se utilizó también la base de datos de libre acceso Cochrane Library.

Dada la confusión semántica que existe alrededor de esta técnica, dentro de la estrategia de búsqueda se añadió como término “intervención en crisis” (“crisis intervention”) para ampliar el rango de exploración. La estrategia de búsqueda se elaboró en base a una combinación de términos MeSH (Medical Subject Headings) y de texto libre que engloban (1) la población: "emergency personnel" OR "emergency worker" OR "emergency responders" OR “police officer” OR “paramedical personnel” OR “ambulance stretcher” OR "ambulance personnel" OR firefighters OR military personnel OR “armed forces” OR “service members” OR “emergency nursing” OR "military rescuers"; (2) la intervención: "critical incident stress debriefing" OR debriefing OR "crisis intervention" y (3) la medida de resultado de TEPT: "post traumatic stress disorder" OR "ptsd" OR "posttraumatic stress disorder" OR "post-traumatic stress disorder" OR "trauma" OR "psychological trauma".

Todas estas palabras claves se buscaron en el título y abstract en PubMed y Cochrane y en el texto completo en PsycINFO. Además, se utilizaron como filtros el idioma (inglés y español) y el tipo de publicación (ensayos controlados aleatorizados). Las bases de datos de PsycINFO y Cochrane no cuentan con la opción de un filtro similar por lo que en estas se añadió a la estrategia de búsqueda el término en inglés de “randomized controlled trials or rtc or randomised control trials or randomized clinical trial or randomized controlled study”. Además, en PsycINFO se depuraron los resultados

por tipo de fuente: publicaciones académicas. En el Anexo 1 se encuentra la estrategia de búsqueda completa para cada base de datos.

Selección de los estudios

Los estudios fueron manejados a través de Mendeley, una aplicación gratuita que permite gestionar documentos y referencias bibliográficas. En la primera fase del proceso de selección se elaboró una lista de criterios de inclusión y exclusión (ver Anexo 2). En base a estos, se revisó el título y abstract de cada estudio lo cual permitió obtener una primera selección. Aquellos que no cumplieron todos los criterios fueron descartados. Los restantes pasaron a una segunda fase en la cual se leyeron a texto completo siguiendo los mismos criterios de selección usados para la fase anterior.

Proceso de extracción de datos y riesgo de sesgos

Una vez obtenidos los estudios incluidos en la revisión se procedió al vaciado de datos en una hoja de Excel. En esta se recogió la información más relevante para esta revisión: datos iniciales (personas realizadoras de la investigación, año, país), datos de la población (características, personas excluidas, población total inicial, final y perdida, sexo, edad media y otras características), datos de la intervención (objetivos, duración, número y nombre de los grupos y tipo de debriefing utilizado), seguimiento, medidas de resultado, conclusiones e instrumentos de medida.

El siguiente paso fue evaluar la calidad metodológica de los estudios. Para ello se utilizó la Herramienta de la Colaboración Cochrane para evaluar el riesgo de sesgo (Higgins, Altman & Sterne, 2011). Esta evalúa el riesgo de sesgo como “alto”, “bajo” o “poco claro” a través de 7 dominios: selección de la secuencia, ocultamiento de la asignación, cegamiento de participantes y personal, cegamiento de evaluadores de

resultados, datos de resultado incompletos, notificación selectiva de los resultados y otras posibles fuentes de sesgos. Por último, se realizó una síntesis cualitativa de los datos.

La selección, el proceso de extracción de datos y evaluación de riesgo de sesgos fueron realizados por una única revisora.

3. Resultados

Selección de los estudios incluidos

La primera fase de la búsqueda dio un resultado de 17 artículos, de los que tras eliminar los duplicados quedaron 12. De estos estudios, seis se eliminaron por título y abstract y los seis restantes se leyeron a texto completo. Tras eliminar un único estudio que no cumplió los criterios establecidos, la cifra final fue de cinco. En la Figura 1 se puede consultar el diagrama de flujo según la declaración PRISMA (Urrútia & Bonfill, 2010). Las referencias de los estudios excluidos y sus motivos de exclusión se pueden consultar en el Anexo 3.

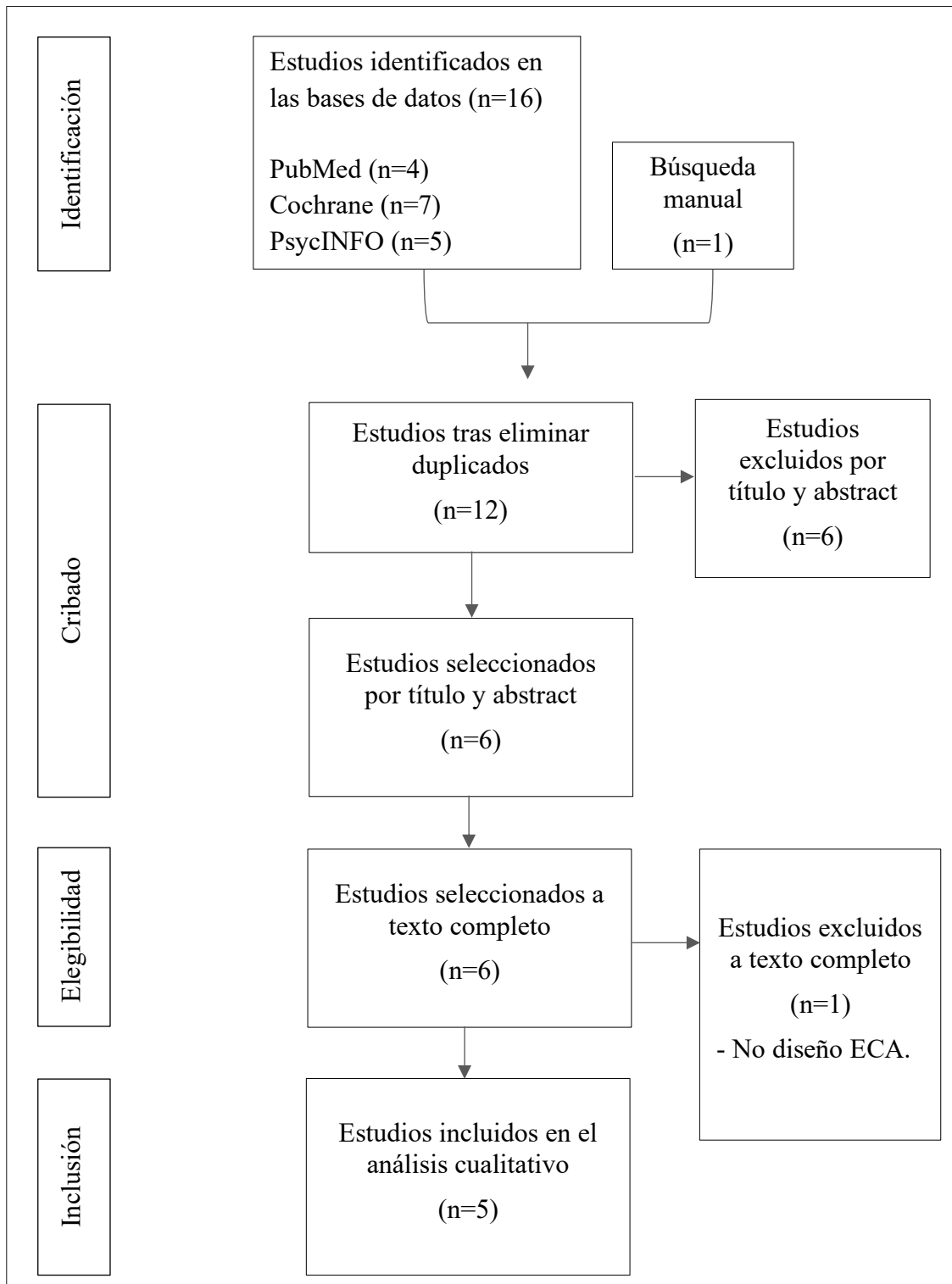


Figura 1. Diagrama de flujo.

Características de los estudios

Toda la información con respecto a las características de los estudios incluidos está recogida en la Tabla 1. Del total de los estudios dos se realizaron en Estados Unidos, uno en China, uno en Australia y uno en el Reino Unido. Además, todos ellos fueron realizados en población militar (Adler et al., 2008; Adler, Bliese, McGurk & Castro, 2009; Deahl et al., 2000; Liang et al., 2011), excepto el ensayo de Tuckey & Scott (2013) que estaba compuesto por un equipo de bomberos y bomberas voluntarias. La gran mayoría de la población de los cinco estudios está compuesta por hombres.

En cuanto a la intervención, el estudio de Deahl et al. (2000) compara el “debriefing” de Mitchell (CISD) con un grupo control de ausencia de intervención. Adler et al. (2008) utiliza el CISD como intervención pero con pequeñas modificaciones no detalladas y lo comparan con un grupo de psicoeducación sobre el estrés y otro control sin intervención.

El ensayo de Adler et al. (2009) no usa el protocolo original de CISD como intervención sino que emplea un tipo de “debriefing” que se utiliza en el ejército americano llamado “Battlemind Debriefing”. Este estudio, se centra en minimizar las veces que hace referencia al suceso traumático durante la intervención, trabaja la transición entre el campo de batalla y la vuelta a casa y otorga especial importancia a aumentar el apoyo social del resto de los compañeros y compañeras del grupo. Esta intervención es comparada con tres condiciones diferentes. Las dos primeras son un grupo pequeño y otro grande de “Battlemind Training”, un programa de intervención militar que trabaja las reacciones físicas, sociales y psicológicas que surgen tras un combate y facilita la transición del campo de batalla a casa. El grupo restante recibe un programa educativo sobre el estrés.

Liang et al. (2011) emplean tanto el CISD como su propia variante de la técnica: “512 Psychological Intervention Model” (512PIM). Esta intervención, está dividida en cinco fases de las cuales las cuatro primeras siguen el protocolo original de Mitchell y la última está focalizada en el entrenamiento de la cohesión grupal. También, cuenta con un grupo control sin intervención. Por último, Scott & Tuckey (2013) comparan el CISD con un grupo control sin intervención.

Los instrumentos de medida utilizados varían entre unos estudios y otros aunque todos ellos tienen al menos un instrumento que mide específicamente el TEPT. El período de seguimiento de los estudios oscila entre 1 y 12 meses.

Tabla 1

Características y principales conclusiones de los estudios incluidos

Autores/as, año, país	Edad media y % mujeres	Población	Intervención y comparador	Seguimiento	Medidas de resultado	Instrumentos	Conclusiones del estudio
Adler et al., 2008. EEUU	No se especifica edad. 3,03%	Soldados N= 1004	(1) CISD (2) “Stress Management Class” (3) Grupo Control	3-4 y 8-9 meses	(1) TEPT (2) Depresión (3) Agresión (4) Apoyo social percibido de la organización (5) Consumo alcohol	OMROM (monitor de presión sanguínea) SUDS, PCL, PUES, POS	- CISD no tiene efectos positivos significativos pero tampoco perjudiciales. - CISD reduce consumo alcohol. - CISD reduce síntomas TEPT en soldados de alta exposición a estresores.
Adler et al., 2009. EEUU	No se especifica edad. 2,28%	Soldados N= 2297	(1) “Battlemind Debriefing” (2) “Small Battlemind Training” (3) “Large Battlemind Training” (4) “Stress Education”	4 meses	(1) TEPT (2) Depresión (3) Estigma asociado (4) Problemas sueño	SUDS, PCL, cuestionario aceptación de acudir a servicios de salud mental, cuestionario dificultad de sueño adaptado de Morin (1993), cuestionario percepción de los entrenamientos, PHQ-D, WRAIR Combat Experiences Scale, , 5-items de “Stigma Scale” (Hoge et al., 2004)	- Battlemind Debriefing en soldados alta exposición a combates, reduce síntomas TEPT, depresión y problemas sueño. - No queda claro si se puede generalizar a otros tipos de “debriefing”.

Tabla 1. (Continuación)

Autores/as, año y país	Edad media y % mujeres	Población	Intervención y comparador	Seguimiento	Medidas de resultado	Instrumentos	Conclusiones del estudio
Deahl et al., 2000. Reino Unido.	24 años. 0 %	Soldados N= 106	(1) CISD (2) Grupo Control	3, 6, 12 meses	(1) TEPT (2) Consumo alcohol (3) Ansiedad (4) Depresión	The CAGE questionnaire, CAPS, cuestionario demográfico, HADS, IES, PTSS-10, SCL- 90	- Puntuaciones de TEPT demasiado bajas como para poder afirmar que fueron debidas solo al CISD. - CISD reduce levemente consumo alcohol.
Liang et al., 2011. China.	20,03 años. No se especifica género.	Soldados N= 1341	(1) "512 Psychological Intervention Model" (2) CISD (3) Grupo Control	1, 2 y 3 meses	(1) TEPT (2) Depresión (3) Ansiedad	HADS, SI-PTSD	- No diferencias significativas entre los tres grupos. - 512PIM reduce síntomas de TEPT, ansiedad y depresión.

Tabla 1. (Continuación)

Autores/as, año y país	Edad media y % mujeres	Población	Intervención y comparador	Seguimiento	Medidas de resultado	Instrumentos	Conclusiones del estudio
Scott & Tuckey, 2013.	No se especifica edad. 8%	Bomberos/as voluntarios/a s N= 122	(1) CISD (2) "Stress Management Education" (3) Grupo Control	3-4 y 8-9 meses	(1) TEPT (2) Distrés (3) Calidad de vida (4) Consumo alcohol	IES, K10, Q- LES-Q-SF, cuestionario propio de consumo de alcohol.	- CISD no tiene efectos significativos para reducción de TEPT. - CISD no tiene efectos perjudiciales. - CISD redujo consumo alcohol y aumentó calidad de vida.

Nota: 512PIM: 512 Psychological Intervention Model; CAPS: The Clinician Administered Post-Traumatic Stress Scale; CISD: Critical Incident Stress Debriefing; HADS: The Hospital Anxiety and Depression Scale; IES: Impact of Events Scale; K10= Kessler-10; PCL: Posttraumatic Stress Disorder Checklist; PES: 23-item revised Peacekeeping Events Scale; PHQ-D: Patient Health Questionnaire for Depression; POS: The 8-item Perceived Organizational Support scale; PTSS-10: Post-traumatic Symptoms Scale-10; Q-LES-Q-SF: Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire Short-Form; SCL-90: The Symptom Checklist-90; SI-PTSD: versión china de Structured Interview for PTSD; SUDS: The Subjective Units of Distress Scale; TEPT: Trastorno por Estrés Post-Traumático.

Riesgo de sesgos

En la Tabla 2 se encuentran los resultados de la Herramienta de la Colaboración Cochrane. Cuatro estudios fueron valorados con “riesgo poco claro” de sesgo de selección, pues la asignación a las intervenciones se realizó de manera aleatoria organizada por tropas y compañías (Adler et al., 2008; Adler et al., 2009 & Liang et al., 2011) pero no detallan el método de aleatorización. Por otro lado, el estudio de Deahl et al. (2000) fue valorado como de “alto riesgo” puesto que la aleatorización fue realizada por disponibilidad del personal. Solo el estudio de Scott & Tuckey (2013) realizó una asignación mediante un generador de números aleatorios así que fue valorado como “bajo riesgo”.

En cuanto al ocultamiento de dicha asignación, Deahl et al. (2000) no proporciona información suficiente al respecto. Adler et al. (2009) lo ejecutó, aunque de manera parcial, pues su muestra fue cegada solo hasta obtener las medidas previas a la intervención, al igual que Liang et al. (2011) cuya muestra no fue cegada pero sí el personal investigador. Por ello, ambos estudios fueron valorados como de “alto riesgo”, así como también el estudio de Scott & Tuckey (2013) el cual no realizó ocultación en la asignación.

En la totalidad de los artículos existe un sesgo de realización, pues tanto la población participante como el personal fueron conscientes de qué intervención les fue asignada, exceptuando Deahl et al. (2000) que no da información al respecto por lo que fue valorado como “riesgo poco claro”.

Asimismo, ninguno de los estudios proporciona información acerca del cegamiento del personal evaluador por lo que se valoraron todos como “riesgo poco claro” de sesgo de detección. En cuanto al sesgo de desgaste todos los artículos tienen un

“riesgo bajo” pues se describen claramente los abandonos y las exclusiones así como los motivos, y esa muestra faltante se abordó mediante métodos apropiados. Por último, la totalidad de los ensayos cuenta con un “riesgo poco claro” de sesgo de notificación pues no se encontraron protocolos accesibles.

Tabla 2

Resumen del riesgo de sesgos de los estudios incluidos

		Deahl et al., 2000	Adler et al., 2008	Adler et al., 2009	Liang et al., 2011	Scott & Tuckey, 2013
Sesgo de selección	Generación de la secuencia	?	?	?	?	-
	Ocultamiento de la asignación	?	+	+	+	+
Sesgo de realización	Cegamiento de participantes y del personal	?	+	+	+	+
Sesgo de detección	Cegamiento de personas evaluadoras del resultado	?	?	?	?	?
Sesgo de desgaste	Datos de resultado incompletos	-	-	-	-	-
Sesgo de notificación	Notificación selectiva de los resultados	?	?	?	?	?
Otros sesgos	Otras fuentes de sesgo	?	?	?	?	?

Nota: +: alto riesgo; -: bajo riesgo; ?: riesgo poco claro.

4. Discusión

Resumen de la evidencia

Esta revisión incluye cinco ensayos controlados aleatorizados con una muestra de personas intervinientes en emergencias y catástrofes abarcando Australia, China, Reino Unido y Estados Unidos. En la evidencia científica revisada no se encontraron resultados significativos lo suficientemente sólidos como para poder afirmar la eficacia del Debriefing Psicológico previniendo el TEPT (ver Tabla 3).

Solo dos estudios obtuvieron resultados significativos positivos: Deahl et al. (2000) y Liang et al. (2011). Este último, no encontró resultados con el CISD pero sí con su propia versión de la técnica denominada “512PIM”.

En el estudio de Adler et al. (2008) el CISD obtuvo buenos resultados frente al grupo de psicoeducación pero solo en el personal cuyos niveles de exposición a combates fueran considerados de alto riesgo. El estudio posterior de Adler et al. (2009) obtuvo los mismos resultados pero utilizando “Battlemind Debriefing” como intervención. No obstante, en este estudio el grupo intervenido con CISD no obtuvo puntuaciones significativas. Por último, Scott & Tuckey (2013) no hallaron efectos positivos o perjudiciales del CISD.

Las investigaciones incluidas en esta revisión cuentan con varias limitaciones metodológicas. En primer lugar, falta información para poder evaluar el riesgo de la mayoría de los sesgos y esto impide una valoración contundente de la calidad de los ensayos. En segundo lugar, todos los estudios incluidos que utilizan CISD lo aplican como una técnica aislada y no como parte del programa integrado de intervenciones (CISM) para el que fue diseñado (Mitchell, 2004).

Por otro lado, la aleatorización parece ser una dificultad compartida entre todos los estudios incluidos. Solo uno de ellos (Scott & Tuckey, 2013) utilizó un método de aleatorización adecuado y el resto no detalla el proceso. Deahl et al. (2000) pone en duda la eficacia de su método de aleatorización, lo cual les conduce a definir su estudio como observacional. Asimismo, pese a la aleatorización, dos estudios (Adler et al., 2009; Scott & Tuckey, 2013) encontraron diferencias significativas pre-intervención entre sus grupos.

Asimismo, Deahl et al. (2000) señalan que sus resultados positivos pueden haberse visto influidos por el hecho de que su muestra había recibido previamente un programa de entrenamiento llamado “Operational Stress Training” en el que recibieron formación específica sobre el estrés.

La aplicabilidad de estos resultados en otros contextos no queda clara. Quienes realizaron los estudios dudan acerca de la posibilidad de generalización de sus resultados en población no militar (Deahl et al., 2000) o de una cultura diferente (Liang et al. 2011). De igual manera, Adler et al. (2009) advierten que los resultados obtenidos con su técnica (“Battlemind Debriefing”) no se pueden generalizar a cualquier tipo de Debriefing Psicológico.

Por último, la muestra de las investigaciones incluidas es predominantemente masculina, siendo el porcentaje más alto de mujeres del 3,03% (Adler et al., 2008) lo cual dificulta la generalización de los resultados a este sector de la población.

Tabla 3

Resumen eficacia de las intervenciones incluidas en la revisión

	Critical Incident Stress Debriefing (CISD)	Battlemind Debriefing	512 Psychological Intervention Model
Deahl et al. (2000)	Sí	-	-
Adler et al. (2008)	Sí	-	-
Adler et al. (2009)	No	Sí	-
Liang et al. (2011)	No	-	Sí
Scott & Tuckey (2013)	No	-	-

Nota: Sí= la intervención fue eficaz reduciendo síntomas de estrés post-traumático; No= la intervención no fue eficaz reduciendo síntomas de estrés post-traumático; - = el estudio no trabajó esta técnica.

Limitaciones

Una de las principales limitaciones de esta revisión ha sido la escasez de ensayos controlados aleatorizados. Asimismo, las limitaciones metodológicas de las investigaciones complican la evaluación de su calidad, la generalización de los resultados y la elaboración de unas conclusiones robustas.

5. Conclusiones

Los resultados encontrados no son lo suficientemente sólidos como para poder obtener una conclusión robusta. El CISD como técnica aislada no ha sido eficaz, sin embargo, para poder obtener unas conclusiones contundentes se requieren ensayos controlados aleatorizados de la técnica dentro del programa al que pertenece (CISM).

Por otro lado, en esta revisión se ha observado que otras adaptaciones de la técnica como el “Battlemind Debriefing” o el “512 Psychological Intervention Programme” sí han obtenido buenos resultados. Estos, añadieron a sus variantes de “debriefing” dimensiones como el apoyo social y la cohesión grupal que son, quizá, otros puntos fuertes de esta técnica que pueden ser estudiados. Futuros ensayos podrían ir orientados a investigar y mejorar estas y otras variantes del Debriefing Psicológico.

Asimismo, para poder generalizar los resultados se requieren más estudios realizados con una población más representativa de la población general, es decir, población civil y/o que incluya más mujeres en su muestra.

6. Referencias

- Adler, A. B., Bliese, P. D., McGurk, D., Hoge, C. W., & Castro, C. A. (2009). Battlemind Debriefing and Battlemind Training as Early Interventions With Soldiers Returning From Iraq: Randomization by Platoon. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(5), 928–940. doi: 10.1037/a0016877
- Adler, A. B., Litz, B. T., Castro, C. A., Suvak, M., Thomas, J. L., Burrell, L., ...Bliese, P. D. (2008). A group randomized trial of critical incident stress debriefing provided to U.S. peacekeepers. *Journal of Traumatic Stress, 21*(3), 253–263. doi: 10.1002/jts.20342
- Alarcón, M., Ojeda, R. C., Ticse, I. L., y Cajachagua, K. (2016). Análisis crítico de ensayos clínicos aleatorizados: Riesgo de sesgo. *Revista Estomatológica Herediana, 25*(4), 304. Recuperado el 3 de junio de 2020 en <http://www.scielo.org.pe/pdf/reh/v25n4/a08v25n4.pdf>
- Alonso, J., Lépine, J. P., & ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee (2007). Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *The Journal of clinical psychiatry, 68*(Suppl 2), 3–9. doi: 10.1002/mpr.123
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Bangpan, M., Felix, L., & Dickson, K. (2019). Mental health and psychosocial support programmes for adults in humanitarian emergencies: a systematic review and

meta- analysis in low and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 4(5). doi: 10.1136/bmjgh-2019-001484

Brooks, S. K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2018). Training and post-disaster interventions for the psychological impacts on disaster exposed employees: a systematic review. *Journal of Mental Health*, 1-25. doi: 10.1080/09638237.2018.1437610

Deahl, M., Srinivasan, M., Jones, N., Thomas, J., Neblett, C., & Jolly, A. (2000). Preventing psychological trauma in soldiers: The role of operational stress training and psychological debriefing. *British Journal of Medical Psychology*, 73(1), 77–85. doi: 10.1348/000711200160318

Everly, G. S., & Mitchell, J. T. (2000). The debriefing “controversy” and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(4), 211–225.

Higgins, J. P. T., Altman, D. G., Sterne, J. A. C. (editors). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. En J. P. T. Higgins, & S. Green (Eds.). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0 (updated March 2011). The Cochrane Collaboration, 2011. Recuperado el 5 de mayo de 2020 en https://es.cochrane.org/sites/es.cochrane.org/files/public/uploads/manual_cochrane_510_web.pdf

Litz, B., Gray, M., Bryant, R., & Adler, A. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 112–

134. Recuperado el 7 de mayo de 2020 en <https://pdfs.semanticscholar.org/ef01/06d674ad1c42bfca1bece2b5de640aefb47e.pdf>

McNally, R. J., Bryant, R. A., & Ehlers, A. (2003). Does Early Psychological Intervention Promote Recovery From Posttraumatic Stress? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(2), 45–79. doi: 10.1111/1529-1006.01421

Mitchell, J. (2003). Crisis Intervention, & CISM: A Research Summary. Recuperado el 10 de mayo de 2020 en <https://www.uflac.org/images/shared/Peer%20Support/Crisis-Intervention-and-CISM-A-Research-Summary.pdf>

Mitchell, J. (2004). Crisis Intervention and Critical Incident Stress Management: A defense of the field. Recuperado el 10 de mayo de 2020 en https://www.researchgate.net/publication/265190414_Crisis_Intervention_and_Critical_Incident_Stress_Management_A_defense_of_the_field

Mitchell, J. (2014). Critical incident stress debriefing. Recuperado el 10 de mayo de 2020 en <https://www.researchgate.net/publication/264870448>

Raphael, B., & Wilson, J. P. (2000) Introduction and overview: Key issues in the conceptualization of debriefing. En B. Raphael & J.P. Wilson (Eds.), *Psychological debriefing: Theory, practice and evidence* (pp. 1-14) New York: Cambridge University Press. Recuperado el 5 de mayo de 2020 en <http://catdir.loc.gov/catdir/samples/cam034/99052565.pdf>

- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Lewis, C. E., & Bisson, J. I. (2019). Early psychological intervention following recent trauma: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, *10*(1), 1–25. doi: 10.1080/20008198.2019.1695486
- Roberts, N. P., Kitchiner, N. J., Kenardy, J., Robertson, L., Lewis, C., & Bisson, J. I. (2019). Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.CD006869.pub3
- Sheikhbardsiri, H., Yarmohammadian, M. H., Rezaei, F., & Maracy, M. R. (2017). Rehabilitation of vulnerable groups in emergencies and disasters: A systematic review. *World Journal of Emergency Medicine*, *8*(4): 253-263. doi: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2017.04.002
- Stein, D. J., McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Atwoli, L., Friedman, M. J., Hill, E. D., ...Kessler, R. C. (2014). DSM-5 and ICD-11 definitions of posttraumatic stress disorder: investigating "narrow" and "broad" approaches. *Depression and anxiety*, *31*(6), 494–505. doi: 10.1002/da.22279
- Tuckey, M. R. (2007). Issues in the debriefing debate for the emergency services: Moving research outcomes forward. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *14*(2), 106–116. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00069.x

- Tuckey, M. R., & Scott, J. E. (2014). Group critical incident stress debriefing with emergency services personnel: A randomized controlled trial. *Anxiety, Stress and Coping*, 27(1), 38–54. doi: 10.1080/10615806.2013.809421
- Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis [PRISMA declaration: a proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses]. *Medicina clínica*, 135(11), 507–511. doi: 10.1016/j.medcli.2010.01.015
- Vera, B. (2004). Debriefing: una revisión acerca de la polémica actual. *Cuadernos de Crisis*, 2(3), 7–26. Recuperado el 5 de mayo de 2020 en http://www.cuadernosdecrisis.com/docs/2004/cdc_005.pdf
- Visser, E., Gosens, T., DenOudsten, B., & DeVries, J. (2017). The course, prediction, and treatment of acute and posttraumatic stress in trauma patients: A systematic review. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 82(6), 1158–1183. doi: 10.1097/TA.0000000000001447
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.07.018
- Wu, S., Zhu, X., Zhang, Y., Liang, J., Liu, X., Yang, Y., & Miao, D. (2012). A new psychological intervention: “512 Psychological Intervention Model” used for

military rescuers in Wenchuan Earthquake in China. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(7), 1111–1119. doi: 10.1007/s00127-011-0416-2

7. Anexos

Anexo 1. Estrategias de búsqueda

PubMed

((((((((((("emergency personnel"[Title/Abstract]) OR ("emergency worker"[Title/Abstract])) OR ("emergency responders"[Title/Abstract])) OR (police officer[MeSH Terms])) OR (paramedical personnel[MeSH Terms])) OR (ambulance stretcher[MeSH Terms])) OR ("ambulance personnel"[Title/Abstract])) OR (firefighters[MeSH Terms])) OR (military personnel[MeSH Terms])) OR ("armed forces"[Title/Abstract])) OR ("service members"[Title/Abstract])) OR (emergency nursing[MeSH Terms])) OR ("military rescuers"[Title/Abstract])) AND (((posttraumatic stress disorder[MeSH Terms]) OR ("post traumatic stress disorder"[Title/Abstract])) OR (trauma[Title/Abstract])) OR ("psychological trauma"[Title/Abstract])) AND (((critical incident stress debriefing[MeSH Terms]) OR (debriefing[Title/Abstract])) OR (crisis intervention[MeSH Terms])) **Filters:** Randomized Controlled Trial.

PsychINFO

TX (("First responders" OR "emergency personnel" OR "emergency workers" OR "emergency medical service" OR "emergency medical technicians" OR "emergency responders" OR "rescue workers" OR "rescue personnel" OR "fire and rescue personnel" OR "military personnel" OR "service members" OR "armed forces" OR "emergency nursing" OR "police officers" OR "police department" OR paramedics OR "paramedical personnel" OR "ambulance personnel" OR "ambulance stretcher" OR "firefighters") AND ("critical incident stress debriefing" or debriefing or "crisis intervention") AND

("post traumatic stress disorder" OR "ptsd" OR "posttraumatic stress disorder" OR "post-traumatic stress disorder" OR "trauma" OR "psychological trauma") AND (“randomized controlled trials or rtc or randomised control trials or randomized clinical trial or randomized controlled study”) **Filtro:** tipo de fuentes (publicaciones académicas).

Cochrane

(First responders OR "emergency personnel" OR "emergency workers" OR "emergency medical service" OR "emergency medical technicians" OR "emergency responders" OR "rescue workers" OR "rescue personnel" OR "fire and rescue personnel" OR "military personnel" OR "service members" OR "armed forces" OR "emergency nursing" OR "police officers" OR "police department" OR paramedics OR "paramedical personnel" OR "ambulance personnel" OR "ambulance stretcher" OR "firefighters"):ti,ab,kw AND ("critical incident stress debriefing" or debriefing or "crisis intervention"):ti,ab,kw AND ("post traumatic stress disorder" OR "ptsd" OR "posttraumatic stress disorder" OR "post-traumatic stress disorder" OR "trauma" OR "psychological trauma"):ti,ab,kw AND (“randomized controlled trials or rtc or randomised control trials or randomized clinical trial or randomized controlled study”)

Anexo 2. Criterios de selección

Población:

- Primeros y primeras intervinientes (“first responders”) (I):
 - o Médicos/as de emergencias.
 - o Enfermeros/as de emergencias.
 - o Personal de ambulancias.
 - o Personal de rescate.
 - o Cuerpo de Bomberos/as.
 - o Cuerpo de Policía.
 - o Personal Militar.
- Población infantil (E)
- Población estudiante (E)

Intervención:

- Critical Incident Stress Debriefing (I)
- Otros tipos de Debriefing Psicológico grupales (I)
- Otros (E)

Comparador:

- Otras intervenciones psicológicas (I)
- Ausencia de intervención (I)
- Psicoeducación (I)

Medidas de resultado:

- Trastorno por Estrés Post-traumático (I)

Anexo 3. Estudios excluidos y motivos de exclusión

Referencia del estudio	Motivo exclusión
<p>Devilley, G. J., & Annab, R. (2008). A randomised controlled trial of group debriefing. <i>Journal of behavior therapy and experimental psychiatry</i>, 39(1), 42-56. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.09.003</p>	Población
<p>Varker, T., & Devilly, G. J. (2012). An analogue trial of inoculation/resilience training for emergency services personnel: proof of concept. <i>Journal of anxiety disorders</i>, 26(6), 696–701. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.009</p>	Medida de resultado
<p>Greenberg, N., Langston, V., & Jones, N. (2008). Trauma risk management (TRiM) in the UK Armed Forces. <i>Journal of the Royal Army Medical Corps</i>, 154(2), 124–127. https://doi.org/10.1136/jramc-154-02-11</p>	Intervención
<p>Moring, J., Nason, E., Hale, W., Wachen, J., Dondanville, K., Straud, C., ...Resick, P. (2019). Conceptualizing Comorbid PTSD and Depression among Treatment-Seeking, Active Duty Military Service Members. <i>Journal of Affective Disorders</i>, 256. https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.06.039</p>	Intervención y medida de resultado

Referencia del estudio	Motivo de exclusión
<p>The National Institute of Mental Health [NIMH] (2014). Controlled Trial of Early Intervention With Children and Adolescents Exposed to Nonrelational Traumatic Events. (NIH Publication No. NCT02299583). Recuperada de https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT02299583</p>	<p>Población, diseño, intervención</p>
<p>Sharpley, J., Fear, N., Greenberg, N., Jones, M., & Wessely, S. (2008). Pre-deployment stress briefing: does it have an effect? <i>Occupational Medicine</i>, 58(1), 30–34. https://doi.org/10.1093/occmed/kqm118</p>	<p>Diseño</p>
<p>Deahl, M.P., Srinivasan, M., Jones, N., Neblett, C., & Jolly, A. (2001). Commentary: Evaluating Psychological Debriefing: Are we Measuring the Right Outcomes? <i>J Trauma Stress</i>, 14, 527–529. https://doi.org/10.1023/A:1011160606866</p>	<p>Diseño</p>