

Debriefing psicológico en eventos traumáticos agudos: síntesis de la evidencia secundaria

Marcelo Arancibia^{a, b*}, Fanny Leyton^{a, c}, Javier Morán-Kneer^{a, d}, Andrea Muga^{a, c}, Ulises Ríos^{a, f}, Elisa Sepúlveda^{a, c}, and Valentina Vallejo-Correa^{a, g}

^a Grupo de Investigación en Resiliencia, Adversidad y Reparación (GIRAR), Viña del Mar, Chile

^b Centro Interdisciplinario de Estudios en Salud (CIESAL), Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile

^c Cátedra de Psiquiatría Infanto-juvenil, Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile

^d Escuela de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

^e Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile

^f Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

^g Escuela de Psicología, Facultad de Filosofía y Educación, Pontificia Universidad Católica de Valparaíso, Viña del Mar, Chile

* Autor de correspondencia

marcelo.arancibiam@uv.cl

Citación

Arancibia M, Leyton F, Morán-Kneer J, Muga A, Ríos U, Sepúlveda E, et al. *Debriefing psicológico en eventos traumáticos agudos: síntesis de la evidencia secundaria. Medwave* 2022;22(1):002538

DOI

10.5867/medwave.2022.01.002538

Fecha de envío

Oct 27, 2021

Fecha de aceptación

Dec 20, 2021

Fecha de publicación

Jan 18, 2022

Palabras clave

Psychological trauma, Post-traumatic stress disorders, Acute traumatic stress disorders

Correspondencia a

Angamos 655, Edificio R2, Oficina 1107, Reñaca, Viña del Mar, Chile

Resumen

Las situaciones vitales estresantes tienen el potencial de generar sintomatología crónica, por lo que es de gran interés analizar estrategias preventivas. El *debriefing* psicológico es una intervención para el trauma agudo, que consiste en la verbalización de percepciones, pensamientos y emociones experimentados durante un evento traumático reciente. La evidencia en torno a su eficacia es controvertida. Este artículo describe y discute la eficacia del *debriefing* psicológico a partir de los resultados de las revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica al respecto. Se incluyeron nueve revisiones sistemáticas. Solo una de ellas encontró que el *debriefing* psicológico fue eficaz en la disminución del estrés psicológico. Las ocho restantes no encontraron efectos significativos para desenlaces como severidad de los síntomas de estrés postraumático, depresivos, ansiosos o desarrollo de trastorno de estrés postraumático. Dos ensayos clínicos incorporados en las revisiones sistemáticas verificaron que la intervención tenía un efecto significativamente deletéreo, y otro estudio corroboró un empeoramiento numérico en la sintomatología asociada al evento. De las ocho guías de práctica clínica incorporadas, ninguna recomendó al *debriefing* psicológico como intervención para el trauma agudo. Existen algunos fenómenos que explicarían la falta de éxito de la intervención en la evidencia científica. Las condiciones bioéticas relativas al escenario traumático dificultan su investigación. Asimismo, su falta de estandarización problematiza la evaluación en ensayos clínicos. Otras variables como etnia, personalidad, cultura, género y antecedentes de experiencias traumáticas han sido poco consideradas en la investigación. No obstante, la intervención podría entorpecer el procesamiento adecuado de la memoria y las emociones traumáticas. La evidencia actual es consistente en no recomendar el *debriefing* psicológico como intervención para el trauma agudo, por lo que debe ser una práctica evitada en su manejo. Se sugiere promover la investigación en intervenciones preventivas para el desarrollo de sintomatología traumática crónica.

IDEAS CLAVE

- ◆ Algunos eventos vitales estresantes tienen el potencial de desencadenar traumas psíquicos. Esto ha convocado la investigación sobre la prevención de la psicopatología crónica, especialmente en la forma de trastorno de estrés postraumático.
- ◆ Las reacciones emocionales, conductuales, fisiológicas y cognitivas que siguen a una vivencia traumática son naturalmente observadas en la gran mayoría, aunque una proporción de las personas desarrollará estrés agudo.
- ◆ El debriefing psicológico es una intervención para el trauma agudo cuya eficacia es controvertida.
- ◆ En este trabajo se revisan algunos aspectos terapéuticos del debriefing psicológico, discutiendo su eficacia a partir de la evidencia provista por revisiones sistemáticas y las principales guías de práctica clínica para el manejo del estrés traumático.

INTRODUCCIÓN

Algunos eventos vitales estresantes tienen el potencial de desencadenar síntomas mentales y configurarse como trauma psíquico. Esto ha convocado la investigación sobre la prevención de la psicopatología crónica, especialmente en la forma de trastorno de estrés postraumático, presente en cerca del 14% de los casos de trauma agudo [1] (37% en caso de eventos intencionados [2]), mientras que alrededor del 40% de las personas presentarán un trastorno de estrés agudo posterior al episodio [3,4]. Aunque el trastorno de estrés postraumático puede seguir una trayectoria de resolución que no requiere intervenciones, la persistencia sintomática a 10 años alcanza a un tercio de los casos, con implicancias clínicas profundas que a veces alteran la identidad personal, como en el caso del trauma complejo [5–7]. En Latinoamérica, la epidemiología de los eventos traumáticos es poco conocida, pero en Chile se estima que alrededor del 40% de la población ha experimentado algún trauma agudo [6–8], mientras que en países como México la cifra es doblemente mayor [9].

Las reacciones emocionales, conductuales, fisiológicas y cognitivas que siguen a una vivencia traumática, tales como labilidad emocional, irritabilidad, ideas intrusivas y evitación conductual, son naturalmente observadas en la gran mayoría. Sin embargo, una proporción de las personas desarrollará sintomatología intensa y vinculada a la esfera disociativa [6], lo que caracteriza al trastorno de estrés agudo, el que tendría un valor predictivo positivo razonable para trastorno de estrés postraumático pero una baja sensibilidad [3]. Debido a que durante las dos semanas posteriores al evento estresante las manifestaciones traumáticas serán más bien inespecíficas, las intervenciones aplicadas durante este periodo poseerán características más generales. Entre ellas, se encuentran el *debriefing* psicológico, la primera ayuda psicológica y distintas formas de consejería [10].

El *debriefing* psicológico es una de las intervenciones mayormente difundidas para el trauma psicológico agudo [11,12]. Brevemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el *debriefing* psicológico comprende una abertura emocional, alentando a la persona a realizar un relato breve pero sistemático de las percepciones, pensamientos y reacciones emocionales experimentados durante un evento estresante reciente [13].

Gran parte de los estudios que han ensayado el *debriefing* psicológico, conceptualizan a la intervención en este sentido. Existen diversas variantes del *debriefing* psicológico que comparten un trasfondo común y que abordan desenlaces similares, pero con estructuras distintas. Debe distinguirse el *debriefing* psicológico de prácticas como la “primera ayuda psicológica”, que pretende proporcionar una “respuesta humana” de apoyo, escucha y ayuda, sin profundizar necesariamente en la discusión y el análisis detallado del acontecimiento que provoca la angustia [14].

En el *debriefing* psicológico se distinguen dos corrientes principales: la primera, de corte cognitivo, desarrollada por Mitchell [15], cuyo objetivo original fue otorgar apoyo psicológico a personas que trabajaban en áreas de desastre. La segunda, con un trasfondo psicodinámico, fue elaborada por de Clercq y Lebigot [16] y tiene como propósito vincular los fenómenos afectivos y perceptivos mediante un re-registro en el ordenamiento simbólico. La técnica de Mitchell ha recibido mayor atención, probablemente por estar protocolizada, permitiendo una evaluación más sistemática. No obstante, se ha utilizado muchas veces como una intervención aislada y fuera del contexto del programa de intervención elaborado por Mitchell [17].

La evidencia científica es controvertida en relación con la eficacia del *debriefing* psicológico en la reducción de sintomatología postraumática y la prevención del trastorno de estrés postraumático [18]. Algunos autores como Hawker y colaboradores [19], han argumentado a favor de la intervención. En tanto otros, como Bisson y colaboradores [20] y Hobbs y colaboradores [21], afirman un efecto deletéreo sobre desenlaces como los niveles de depresión y ansiedad, aumentando incluso la ocurrencia de trastorno de estrés postraumático. La inconsistencia entre los hallazgos se ha atribuido a déficits de la intervención misma, a problemas de los diseños metodológicos, la definición de la intervención y los desenlaces medidos, así como a la dificultad de ejecutar ensayos clínicos por condiciones bioéticas asociadas al estudio del trauma [19]. En este artículo se revisan algunos aspectos terapéuticos del *debriefing* psicológico, discutiendo su eficacia a partir de la evidencia provista por revisiones sistemáticas y las principales guías de práctica clínica para el manejo del estrés traumático, revisando aquellas publicaciones que analizaron el *debriefing* psicológico (Cuadro 1).

Cuadro 1.

Búsqueda y selección de revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica.

Se buscaron revisiones sistemáticas de la literatura con intención metaanalítica en PubMed/Medline, PsycINFO y Cochrane Library. Como términos de búsqueda se utilizaron “*debriefing*”, “*psychological debriefing*”, “*post-traumatic stress disorders*” y “*acute traumatic stress disorders*”. Como operadores booleanos se emplearon “AND” y “OR”. Se seleccionaron publicaciones en inglés y castellano disponibles hasta octubre de 2021 que analizaron la eficacia del *debriefing* psicológico. En el caso de que existan actualizaciones de revisiones sistemáticas que hayan sido conducidas sobre un mismo protocolo, se mencionan los resultados de la versión más actualizada. Para la inclusión de guías de práctica clínica, se buscó en las páginas web de las principales sociedades y divisiones gubernamentales de estrés traumático, psiquiatría, psicología y salud mental, de acuerdo con el criterio de los autores del artículo. Se excluyeron estudios primarios y revisiones narrativas.

Fuente: elaborada por los autores.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El *debriefing* psicológico es una intervención sucinta que se realiza durante los primeros días posteriores al evento traumático. Puede tratarse de una sesión grupal dirigida por un moderador, en donde los afectados por el episodio traumático comentan, a modo de catarsis, las cogniciones y reacciones afectivas y físicas vinculadas al evento [15,22]. Se promueve la normalización de respuestas comunes ante el trauma y se provee información sobre estrategias de afrontamiento y asistencia futura [19]. Aunque inicialmente se practicó con personas que trabajaban en equipos de rescate, su aplicación se ha implementado también individualmente y en múltiples escenarios [23]. El método original y más extensamente aplicado es el *Critical Incident Stress Debriefing*, diseñado para realizarse entre los dos y los diez días posteriores al evento traumático o hasta cuatro semanas luego de un programa mayor llamado *Critical Incident Stress Management*,

que incluye otras estrategias de intervención en crisis (esto es, entrenamiento de inoculación del estrés previo al trauma, *debriefing* psicológico grupal, sesiones de consejería y seguimiento) [24,25].

El *Critical Incident Stress Debriefing* estandarizado por Mitchell [26] consta de siete etapas y se aplica a grupos pequeños que presenten eventos traumáticos considerables (Tabla 1).

Esta práctica solo debe realizarse por personal entrenado. Sus objetivos son:

- 1) Mitigar el impacto del evento traumático.
- 2) Facilitar el proceso de recuperación de las funciones adaptativas en personas psicológicamente saludables.
- 3) Identificar a las personas que se beneficiarían de atención especializada.

Al concluir el *debriefing* psicológico, se pueden realizar algunas actividades de seguimiento. En el Cuadro 2 se describe brevemente el contexto histórico del desarrollo de la intervención.

Tabla 1. Etapas del *debriefing* psicológico.

Etapa	Descripción
Introducción (<i>Introduction phase</i>)	Los participantes del grupo se presentan. Se explica que el <i>debriefing</i> busca mitigar la sintomatología posterior a una vivencia traumática y que no se trata de una psicoterapia específica. Se enfatiza la participación de los participantes.
Hechos (<i>Facts phase</i>)	Los participantes describen muy brevemente la situación traumática vivenciada.
Pensamientos (<i>Thoughts phase</i>)	Los participantes comentan los pensamientos durante el evento traumático. Se trata de una transición desde el dominio cognitivo hacia el afectivo.
Reacciones (<i>Reactions phase</i>)	Se solicita que los participantes expresen el impacto que tuvo el incidente. Se pregunta, ¿qué es lo peor de este evento a nivel personal?
Síntomas (<i>Symptoms phase</i>)	Se pregunta sobre los síntomas cognitivos, físicos, emocionales o conductuales que se han presentado desde el evento traumático.
Educacional (<i>Teaching/ educational phase</i>)	Se normalizan los síntomas y se proveen explicaciones para las reacciones e información sobre el manejo del estrés. Se pueden abordar temáticas específicas acerca del grupo en particular (por ejemplo, si el evento estresante tiene que ver con el suicidio de un colega, se puede discutir sobre el tópico del suicidio). Los participantes aprenden sobre estrategias de afrontamiento.
Reentrada (<i>Re-entry phase</i>)	Se realiza una síntesis de la sesión y se evalúa la necesidad de que algún participante necesite de intervenciones o tratamientos futuros. Los participantes pueden realizar preguntas o comentarios finales.

Fuente: elaborada por los autores a partir de Mitchell y colaboradores [26] y Dyregrov [51].

Cuadro 2. Contextualización histórica del *debriefing* psicológico.

Durante la segunda década del siglo XX, el psiquiatra militar Thomas William Salmon [52] enunció los llamados “principios de Salmon” en el contexto del desarrollo de la psiquiatría militar de vanguardia, tendientes a la recuperación de soldados traumatizados a razón de poder continuar en combate. Estos indican las características que debían presentar las intervenciones psicológicas para el estrés agudo durante las catástrofes o las guerras, siendo aplicadas en el diseño de intervenciones psicológicas en el marco de la Primera y la Segunda Guerra Mundial: “proximidad” (intervenciones cercanas al “frente”), “inmediatez” (intervenciones precoces), “centralidad” (intervenciones coordinadas), “simplicidad” (intervenciones breves, sencillas y fácilmente aplicables) y “expectativa” (intervenciones que procuren esperanza en la recuperación) [53]. Desde la década de 1970, Jeffrey T. Mitchell comienza a desarrollar los grupos de *debriefing*, pero solo en 1983 introduce formalmente el concepto de “*debriefing*” en la literatura, cuando publica el artículo en donde describe la técnica denominada *Critical Incident Stress Debriefing* [15]. Allí la presenta como una intervención simple y efectiva para ayudar a los trabajadores de emergencias a enfrentar los eventos vivenciados, permitiendo continuar con sus labores con mínimos efectos a largo plazo, en línea con lo propuesto anteriormente por Salmon. Las intervenciones relacionadas con el *debriefing* han hecho hincapié en el poder curativo de la abreacción o la catarsis, incorporando otros elementos que posibilitan un cambio en el contenido de los recuerdos traumáticos, tales como la reflexión y la elaboración [22]. Desarrollos posteriores han enriquecido la intervención, que desde fines de la década de 1980 es conocida como “*debriefing* psicológico” [51]. En la actualidad, el *debriefing* psicológico y algunas intervenciones similares son utilizadas por grupos de personas y organizaciones laborales como mecanismo que supone ser efectivo al contener el evento traumático, sobre el entendido de que el procedimiento aliviaría la angustia asociada al trauma y favorecería un procesamiento apropiado [54].

Fuente: elaborada por los autores a partir de la revisión bibliográfica teórica.

EVIDENCIA CLÍNICA

A continuación, se describen los hallazgos de las revisiones sistemáticas con intención metaanalítica que analizan los efectos del *debriefing* psicológico, así como las recomendaciones sugeridas por guías de práctica clínica (Tabla 2).

REVISIONES SISTEMÁTICAS DE LA LITERATURA

Everly y colaboradores (1999) [17] evaluaron el efecto del *debriefing* psicológico sobre el estrés agudo, incorporando 10 estudios (n = 698). Concluyeron que la técnica sería efectiva en el alivio de los síntomas asociados al estrés psicológico en trabajadores sanitarios de emergencia.

Dos revisiones han analizado los efectos del *debriefing* psicológico como sesión única. Rose y colaboradores [27] (2002)

Tabla 2. Síntesis de los principales hallazgos de las revisiones sistemáticas.

Revisión	Foco	Conclusiones
Everly y colaboradores (1999) [17]	Estrés agudo	Efectividad en el estrés psicológico
Rose y colaboradores (2002) [27]	Sintomatología postraumática (sesión única)	Sin efecto sobre el desarrollo de trastorno de estrés postraumático, su severidad o sintomatología asociada
van Emmerik y colaboradores (2003) [18]	Trauma psicológico agudo (sesión única)	Sin efecto sobre la severidad de la sintomatología postraumática
Wethington y colaboradores (2008) [29]	Daño psicológico asociado a eventos traumáticos	Sin efectos significativos
Forneris y colaboradores (2013) [34]	Prevención del trastorno de estrés postraumático	Sin efecto sobre la incidencia o severidad del trastorno
Bastos y colaboradores (2015) [35]	Prevención del trauma psicológico postparto	Sin efectos significativos
Gillies y colaboradores (2016) [10]	Trauma en niños, niñas y adolescentes	Sin efectos significativos
de Graaff y colaboradores (2018) [31]	Prevención de trastorno de estrés postraumático luego de experiencias asociadas al nacimiento	Sin efectos significativos
Maglione y colaboradores (2021) [36]	Estrés de combate y trastorno de estrés postraumático en militares y personal de primeros auxilios	Sin efectos significativos

Fuente: elaborada por los autores a partir de los resultados de las revisiones sistemáticas incluidas.

publicaron la tercera actualización de la revisión Cochrane, que evaluó la efectividad de una sesión única de *debriefing* psicológico en la sintomatología postraumática. Se incluyeron ensayos clínicos ejecutados en adultos que sufrieron trauma psíquico durante el último mes. En los 15 estudios incorporados, la intervención se aplicó entre las 24 horas y el mes posterior al evento. En comparación al control, la técnica no probó evitar el desarrollo de trastorno de estrés postraumático ni reducir su severidad. Tampoco hubo evidencia de disminución de los niveles de estrés psicológico, morbilidad psicológica general, depresión o ansiedad. Cabe destacar los hallazgos individuales observados en los ensayos clínicos de Bisson y colaboradores [20] y de Hobbs y colaboradores [21], puesto que ambos sugirieron un efecto deletéreo de la intervención. En el primer caso, se analizaron adultos que habían sufrido quemaduras ($n = 133$). Transcurridos 13 meses, el grupo que recibió la sesión única exhibió medias significativamente mayores de ansiedad, depresión, estrés subjetivo asociado al evento y una mayor frecuencia de diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. En el segundo, se estudiaron a adultos víctimas de accidentes de tránsito. El grupo intervención tuvo un peor desenlace en términos de sintomatología postraumática medido a los cuatro y a los 36 meses.

La segunda revisión que analizó el *debriefing* psicológico en sesión única fue publicada por van Emmerik y colaboradores (2003) [18]. Esta revisión incluyó ensayos clínicos aleatorizados que midieron el efecto del *Critical Incident Stress Debriefing* y de otras intervenciones, para tratar el trauma psicológico agudo. Se incorporaron siete estudios. Las intervenciones relacionadas con el *Critical Incident Stress Debriefing* no demostraron reducir significativamente la severidad de los síntomas postraumáticos. No se encontraron diferencias significativas al comparar el *Critical Incident Stress Debriefing* con las otras técnicas en cuanto a la reducción sintomática.

Gillies y colaboradores (2016) [10] realizaron una revisión para evaluar la eficacia de distintas terapias psicológicas en niños, niñas y adolescentes expuestos a trauma. Tres ensayos clínicos ($n = 317$) cumplieron con los criterios de inclusión y todos ellos tuvieron un riesgo de sesgo alto. No hubo un efecto significativo de la intervención sobre la sintomatología global asociada al trastorno de estrés postraumático ni tampoco sobre grupos sintomáticos específicos, tales como evitación, hipervigilancia e intrusión. En cuanto a los desenlaces secundarios, no hubo un efecto significativo sobre los niveles ansiosos ni depresivos. Esta revisión fue una actualización de la revisión Cochrane de 2012 [28]. Por su parte, la revisión de Wethington y colaboradores (2008) [29], analizó el efecto de distintas intervenciones psicológicas sobre el daño psicológico vinculado a los eventos traumáticos. Solo el estudio de Stallard y colaboradores [30] evaluó el *debriefing* psicológico. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de depresión, ansiedad y la frecuencia de trastorno de estrés postraumático entre grupos, pero se observó un aumento numérico en los índices de los tres desenlaces en el grupo intervención.

de Graaff y colaboradores (2018) [31] estudiaron el efecto del *Critical Incident Stress Debriefing* sobre la prevención de trastorno de estrés postraumático, luego de experiencias traumáticas asociadas al nacimiento. Se incluyeron dos ensayos clínicos. El primero de ellos [32] reclutó a mujeres puérperas ($n = 1745$), en quienes se aplicó el *Critical Incident Stress Debriefing* entre 48 y 72 horas postparto, sin hallar diferencias en la proporción de participantes con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático a los dos, seis y 12 meses postparto. El segundo ensayo clínico incluido fue ejecutado por Gamble y colaboradores [33], pero evaluó una intervención de consejería que no consistía en *debriefing* psicológico propiamente tal.

El foco de la revisión sistemática de Forneris y colaboradores (2013) [34] fue más amplio, considerando estudios que analizan intervenciones psicológicas y farmacológicas para prevenir el trastorno de estrés postraumático. Tres ensayos clínicos aleatorizados abordaron el *debriefing* psicológico, pero no demostraron disminuir la incidencia o severidad de trastorno de estrés postraumático.

La revisión de Bastos y colaboradores (2015) [35] que incluyó siete estudios ($n = 3596$), analizó el efecto del *debriefing* psicológico para prevenir el trauma psicológico postparto. A los seis meses, no se verificaron diferencias significativas entre la intervención y la atención postnatal estándar. Los estudios incluidos tuvieron en general una baja calidad. Por lo tanto, los autores concluyen que existe poca o ninguna evidencia que recomiende esta técnica. Resultados similares fueron reportados por Maglione y colaboradores (2021) [36], quienes analizaron el efecto de distintas intervenciones para el estrés de combate y el trastorno de estrés postraumático en militares y personal de primeros auxilios. Específicamente, el *debriefing* grupal y el *Critical Incident Stress Debriefing* no demostraron efectos significativos sobre la sintomatología postraumática o la emergencia de trastorno de estrés postraumático.

En resumen, solo una de las nueve revisiones sistemáticas incluidas en este artículo mencionó un efecto positivo significativo del *debriefing* psicológico sobre el estrés agudo [17]. Cabe destacar que dos ensayos clínicos analizados en las revisiones verificaron efectos deletéreos significativos de la intervención [20,21], mientras que uno verificó un empeoramiento numérico de los desenlaces estudiados [30].

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

A partir de la evidencia publicada en torno al *debriefing* psicológico, distintas divisiones gubernamentales y organizaciones independientes relacionadas con la salud mental, han elaborado guías clínicas que emiten recomendaciones para el manejo del trauma agudo.

En Chile, la Orientación Técnica para el manejo del Trastorno de Estrés Agudo (2019) no menciona al *debriefing* psicológico como una intervención a considerar [37], como tampoco lo hace la guía de la *American Psychological Association* [38]. Por su parte, en su guía para el tratamiento de las condiciones

relacionadas al estrés de 2013 [13], la OMS comenta que no existe beneficio demostrado de que el *debriefing* psicológico, en sesiones únicas o múltiples, en adultos o en niños, niñas y adolescentes, prevenga el trastorno de estrés postraumático al ser aplicado inmediatamente después del evento potencialmente traumático. Además, sugiere que la primera ayuda psicológica constituye una alternativa factible. La guía para la prevención y el tratamiento del trastorno de estrés postraumático de la *International Society for Traumatic Stress Studies* [11], indica que no existe suficiente evidencia para recomendar el *debriefing* psicológico en adultos. De igual forma, señala que en niños, niñas y adolescentes no lo recomienda, puesto que la intervención tiene evidencia de aumentar, de manera clínicamente relevante, el riesgo de sufrir síntomas postraumáticos. Asimismo, la guía clínica para el manejo del trastorno de estrés postraumático publicada por el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) de Reino Unido (2018) [12], promueve no realizar *debriefing* psicológico en adultos, a la luz de beneficios clínicamente irrelevantes, así como su potencial perjudicial sobre la sintomatología postraumática. Esta recomendación es también apoyada por la Guía Australiana para el Tratamiento del Trastorno de Estrés Agudo y Postraumático [39]. La guía estadounidense del Departamento de Veteranos y del Departamento de Defensa para el manejo del trastorno de estrés agudo y postraumático [40], indica que el *debriefing* psicológico no es beneficioso y puede ser dañino en personas asintomáticas, y que no es una forma viable de reducir la sintomatología de estrés agudo ni de prevenir la progresión a trastorno de estrés postraumático. Lo mismo es señalado por la guía de la *American Psychiatric Association* [41] para el tratamiento del trastorno de estrés agudo y postraumático, en donde no se recomienda el *debriefing* psicológico o las técnicas similares que involucran una única sesión, ya que parecen no tener eficacia y pueden incrementar la sintomatología. Esto es consistente con la guía de práctica clínica canadiense para el manejo de los trastornos de ansiedad, de estrés postraumático y obsesivo-compulsivo [42].

DISCUSIÓN

En este artículo se analizó la efectividad del *debriefing* psicológico como intervención para el trauma agudo, a partir de la evidencia provista por revisiones sistemáticas y guías de práctica clínica al respecto. Se consideraron nueve revisiones sistemáticas y ocho guías clínicas. Solo una revisión encontró efectividad de la intervención [17], pero la revisión contempló estudios primarios con diseños metodológicos distintos, incluso observacionales y cuasi experimentales, por lo que las conclusiones son discutibles y controvertidas. Ninguna guía recomendó el *debriefing* psicológico.

Algunos autores preconizan que la intervención puede tener un rol positivo en el tratamiento que no se ha reflejado en los resultados de los estudios. Existen múltiples formas de *debriefing* psicológico, más o menos cercanas al *Critical Incident Stress Debriefing*, que se desvían del protocolo original, lo que complejiza la

evaluación sistemática de su eficacia desde distintas dimensiones: la calificación técnica de quienes la aplican, la forma de seleccionar el grupo a intervenir, la estructura de la intervención, su temporalidad y su aplicación como intervención única o en un contexto de manejo mayor [22,43]. Por lo tanto, sería esperable encontrar conclusiones diferentes respecto a su eficacia en virtud de la forma específica en que se conduce la intervención [43]. Por otra parte, las muestras estudiadas son altamente heterogéneas, en cuanto a características biodemográficas y a la naturaleza del trauma. Desde esta perspectiva, el riesgo individual de desarrollar sintomatología postraumática crónica es igualmente variable. La concepción original del *Critical Incident Stress Debriefing* consideraba su aplicación en profesionales con riesgo ocupacional y no en población general [19].

La investigación en intervenciones psicológicas que apuntan a prevenir la sintomatología postraumática debe contemplar consideraciones sobre la personalidad, la cultura, el género, la etnia y, por supuesto, sobre experiencias traumáticas previas que pongan a la persona en un escenario de riesgo pre traumático mayor y que, por ende, se verían más beneficiadas de intervenciones psicológicas agudas. Desde este punto de vista, autores como Hawker y colaboradores [19] argumentan que el problema fundamental de la evidencia científica para el *debriefing* psicológico es la generalización de evidencia de mala calidad. Los investigadores aseveran que el *Critical Incident Stress Debriefing* estandarizado contiene elementos similares a la bien documentada terapia cognitivo-conductual focalizada en trauma, tales como el recuerdo de la experiencia traumática, la psicoeducación, la reestructuración cognitiva y el desarrollo de estrategias de afrontamiento. Sin embargo, la terapia cognitivo-conductual suele realizarse semanas o meses después del evento traumático, por lo que constituye una forma de psicoterapia y no de intervención en crisis [24]. Esta psicoterapia ha demostrado mayor efectividad que la consejería de apoyo o que la no intervención en la disminución de la incidencia de trastorno de estrés postraumático, siendo recomendada por la guía del Ministerio de Salud de Chile para el manejo del trastorno de estrés agudo [37].

Pese a que se ha reportado que los participantes valoran el *debriefing* psicológico como una intervención de gran ayuda [24,43], existe una falta de correspondencia entre la ayuda percibida, su eficacia en la disminución de la sintomatología aguda y su capacidad preventiva. La satisfacción percibida no es un indicador de la eficacia de la intervención, especialmente si se tiene en cuenta que algunas personas pueden obtener satisfacción al realizar acciones potencialmente peligrosas. Contrariamente, podría argumentarse, sobre todo en casos en donde la sintomatología no se configura como un diagnóstico clínico, que la percepción de ayuda podría ser una buena medida para la efectividad, debido a que la evaluación sintomática por parte de las personas puede ser más importante que la presencia de determinados síntomas definidos por los investigadores [43].

Debido a consideraciones bioéticas propias de la exposición traumática, la evaluación de la intervención es problemática, lo

que puede estar en la base de algunas de las dificultades metodológicas observadas en los estudios que analizan el *debriefing* psicológico. La *British Psychological Society* [44] realizó un análisis del *debriefing* psicológico, destacando la dificultad ética en la realización de ensayos clínicos, especialmente en condiciones de desastre, lo que podría explicar el poco éxito del *debriefing* psicológico en la literatura científica. Por ende, recomiendan la ejecución de diseños metodológicos experimentales mixtos. Por otra parte, algunos autores argumentan que la falta de eficacia del *Critical Incident Stress Debriefing* se asocia con la interferencia negativa que la intervención causaría sobre el procesamiento natural del trauma [45,46]. Esto, debido a que, de manera aguda, estas intervenciones impedirían un tiempo adecuado de habituación, lo que subsecuentemente profundizaría la sensibilización al estímulo traumático [47] en contra del proceso postraumático natural. Sobre este punto, van Emmerick y colaboradores [18] reportaron que los participantes que no recibieron intervenciones tendrían una mejoría sintomática superior a aquellos que recibieron *Critical Incident Stress Debriefing*, por lo tanto, la recuperación natural permitiría un mejor desenlace. No obstante, destacan que el *Critical Incident Stress Debriefing* fue conceptualizado para formar parte de un plan de manejo más amplio y no como sesión única.

Las dos revisiones sistemáticas que evaluaron el *debriefing* psicológico en sesión única no encontraron una reducción sintomática significativa ni capacidad como intervención preventiva, relevando una de ellas que dos de los ensayos clínicos incluidos señalaron un empeoramiento en los desenlaces medidos [18,27]. Sin embargo, la intervención aislada no corresponde a la estrategia original del *Critical Incident Stress Debriefing* como parte del programa de intervención completo, el que también incluye técnicas cognitivo-conductuales como la inoculación del estrés pre-trauma y las consejerías de seguimiento. Sobre este supuesto, el programa de *Critical Incident Stress Management* solo sería practicable en poblaciones con alto riesgo de exposición, como bomberos, personal sanitario de emergencia o militares, grupos que difieren en sus características generales con respecto a los participantes en quienes se ha estudiado la intervención en los ensayos publicados [45]. En su ensayo clínico, Hobbs y colaboradores [21] evaluaron el *debriefing* como intervención única en episodios agudos, indicando que su falta de eficacia y potencial dañino podría relacionarse con un estado de entumecimiento o estrés emocional que imposibilita la correcta recepción de la intervención, con una interrupción de los procesos psicológicos naturales frente al trauma y con la insuficiencia de la intervención única frente a alteraciones emocionales mayores. Por ende, enfatizan la aplicación de intervenciones psicológicas no tan próximas al hecho traumático y que identifiquen a la población en riesgo de cronicidad. En efecto, se ha señalado que la promoción de la verbalización precoz y/o detallada del evento traumático puede codificar más vívidamente la memoria traumática, reforzando los sentimientos de desesperanza [19]. No obstante, Mitchell y colaboradores [48] enfatizan que la fase fundamental de la intervención es la *Reactions phase* y no la verbalización de los hechos propiamente tal (*Facts phase*).

El *Critical Incident Stress Debriefing* aumenta la consciencia de las manifestaciones postraumáticas más frecuentes y pretende normalizarlas, lo que atenuaría las señales de alarma, repercutiendo en un menor apoyo desde el entorno [18]. Por otro lado, el enfoque psicoeducativo podría incurrir en la medicalización de estas reacciones postraumáticas habituales, generando incluso una traumatización secundaria [49]. No obstante, tanto una baja percepción de apoyo social como una alta percepción de estrés psicosocial son factores de riesgo para el trastorno de estrés postraumático.

Las ventanas temporales más apropiadas para la aplicación de intervenciones que involucran la verbalización del evento traumático están poco esclarecidas. Bisson y colaboradores [20], quienes encontraron que el *debriefing* en sesión única empeoraría el cuadro clínico, comentan que un posible mecanismo explicativo es la exposición intensa a la imagería traumática de manera muy próxima al evento, lo que profundizaría la traumatización al alterar el procesamiento emocional de la experiencia. Paralelamente, los autores señalan que el *debriefing* psicológico tiene un tiempo limitado, sobre todo si se trata de una sesión única, por lo que representaría una experiencia traumática nueva sin conseguir la habituación si es que la persona no se somete a intervenciones adicionales.

CONCLUSIONES

Si bien los ensayos clínicos y las revisiones sistemáticas que analizan el efecto del *debriefing* psicológico son escasos, la evidencia actual es consistente en no avalarlo como forma de tratamiento o de prevención de la sintomatología postraumática. Incluso, algunos estudios han informado que podría empeorarla. Las principales guías clínicas para el manejo del estrés postraumático recomiendan no practicar *debriefing* psicológico. Estas conclusiones son relevantes, particularmente en el contexto actual de pandemia [50], el que ha facilitado vivencias potencialmente traumáticas entre las personas. Ejemplo de ello es el enfrentar la muerte de alguna persona significativa o favorecer la violencia intrafamiliar asociada a las condiciones de confinamiento.

Este artículo sintetiza y discute críticamente la evidencia secundaria y las recomendaciones de las guías clínicas en torno al *debriefing* psicológico, por lo que permite establecer conclusiones acerca de la intervención a partir evidencia acumulada. A la luz de estos resultados, el *debriefing* psicológico y las intervenciones asociadas deben evitarse en el manejo del trauma agudo. Sugerimos explorar nuevas formas de prevención y tratamiento de la sintomatología postraumática con sustento en la evidencia científica.

Notas

Autoría

Todos los autores contribuyeron en la planificación y escritura del manuscrito original, participando en la redacción de la

Introducción, la síntesis de evidencia y la Discusión. MA, FL y JM desarrollaron el acápite Descripción de la intervención. MA confeccionó los Recuadros 1 y 2. AM, UR, ES y VV elaboraron las Tablas 1 y 2.

Conflictos de intereses

Los autores completaron la declaración de conflictos de interés de ICMJE y declararon que no recibieron fondos por la realización de este artículo; no tienen relaciones financieras con organizaciones que puedan tener interés en el artículo publicado en los últimos tres años y no tienen otras relaciones o actividades que puedan influenciar en la publicación del artículo. Los formularios se pueden solicitar contactando al autor responsable o al Comité Editorial de la Revista.

Financiamiento

Los autores declaran no tener fuente de financiamiento.

Aspectos éticos

Este estudio no requirió de la evaluación por un comité ético-científico, ya que trabajó sobre fuentes secundarias.

Origen y arbitraje

No solicitado. Con revisión por pares externa, por cinco árbitros a doble ciego

Idioma del envío

Español.

Referencias

1. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry*. 2000;61 Suppl 5: 4–12. <https://www.psychiatrist.com/jcp/trauma/ptsd/posttraumatic-stress-disorder-burden-individual-society>
2. Santiago PN, Ursano RJ, Gray CL, Pynoos RS, Spiegel D, Lewis-Fernandez R, et al. A systematic review of PTSD prevalence and trajectories in DSM-5 defined trauma exposed populations: intentional and non-intentional traumatic events. *PLoS One*. 2013;8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0059236>
3. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell M, Silove D, McFarlane AC. The capacity of acute stress disorder to predict posttraumatic psychiatric disorders. *J Psychiatr Res*. 2012;46: 168–73. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.10.007>
4. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell M, Silove D, McFarlane AC, Forbes D. A comparison of the capacity of DSM-IV and DSM-5 acute stress disorder definitions to predict posttraumatic stress disorder and related disorders. *J Clin Psychiatry*. 2015;76: 391–7. <https://doi.org/10.4088/JCP.13m08731>
5. Green BL, Lindy JD, Grace MC, Leonard AC. Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *J Nerv Ment Dis*. 1992;180: 760–6. <https://doi.org/10.1097/00005053-199212000-00004>
6. Figueroa RA, Cortés PF, Accatino L, Sorensen R. Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Rev méd Chile*. 2016;144: 643–655. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872016000500013>
7. ISTSS Guidelines Committee. *ISTSS Guidelines Position Paper on Complex PTSD in Adults*. Oakbrook Terrace; 2018.

8. Zlotnick C, Johnson J, Kohn R, Vicente B, Rioseco P, Saldivia S. Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychol Med*. 2006;36: 1523–33. <https://doi.org/10.1017/S0033291706008282>
9. Norris FH, Murphy AD, Baker CK, Perilla JL, Rodriguez FG, Rodriguez J de JG. Epidemiology of trauma and posttraumatic stress disorder in Mexico. *J Abnorm Psychol*. 2003;112: 646–56. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.112.4.646>
10. Gillies D, Maiocchi L, Bhandari AP, Taylor F, Gray C, O'Brien L. Psychological therapies for children and adolescents exposed to trauma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;10: CD012371. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012371>
11. ISTSS Guidelines Committee. *Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines- Methodology and Recommendations*. Oakbrook Terrace; 2019. https://istss.org/getattachment/Treating-Trauma/New-ISTSS-Prevention-and-Treatment-Guidelines/ISTSS_PreventionTreatmentGuidelines_FNL.pdf.aspx#:~:text=Strong%20Recommendation%20%2D%20Cognitive%20Processing%20Therapy,treatment%20of%20adults%20with%20PTSD.&text=Therapy%2C%20and%20Present%20Centred%20Therapy,treatment%20of%20adults%20with%20PTSD
12. National Institute for Health and Care Excellence. *Evidence reviews for psychological, psychosocial and other non-pharmacological interventions for the prevention of PTSD in adults*. Post-traumatic stress disorder. London; 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/evidence/evidence-review-c-psychological-psychosocial-and-other-nonpharmacological-interventions-for-the-prevention-of-ptsd-in-adults-pdf-6602621007>
13. World Health Organization. *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. Geneva; 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf
14. Organización Mundial de la Salud. *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra; 2012. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/9789243548203_spa.pdf?sequence=1
15. Mitchell JT. When disaster strikes...the critical incident stress debriefing process. *JEMS*. 1983;8: 36–9. <https://www.semanticscholar.org/paper/When-disaster-strikes...the-critical-incident-Mitchell/2499ce10ffd851d722b3ae25391508196268282f>
16. Bessoles P. Psicoterapia post-traumática: contribución a una teorización psicodinámica de defusing y debriefing psicológico. *Subj y Procesos Cogn*. 2006; 53–68. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339630248004>
17. Everly GS, Boyle SH, Lating JM. The effectiveness of psychological debriefing with vicarious trauma: a meta-analysis. *Stress Med*. 1999;15: 229–233. [http://doi.wiley.com/10.1002/\(SICI\)1099-1700\(199910\)15:4<>1.0.CO;2-G](http://doi.wiley.com/10.1002/(SICI)1099-1700(199910)15:4<>1.0.CO;2-G)
18. van Emmerik AAP, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PMG. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*. 2002;360: 766–71. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)09897-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)09897-5)
19. Hawker DM, Durkin J, Hawker DSJ. To debrief or not to debrief our heroes: that is the question. *Clin Psychol Psychother*. 2011;18: 453–63. <https://doi.org/10.1002/cpp.730>
20. Bisson JI, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C. Randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. *Br J Psychiatry*. 1997;171: 78–81. <https://doi.org/10.1192/bjp.171.1.78>

21. Hobbs M, Mayou R, Harrison B, Worlock P. A randomised controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. *BMJ*. 1996;313: 1438–9. <https://doi.org/10.1136/bmj.313.7070.1438>
22. Santacruz J. Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). *Rev Colomb Psiquiatr*. 2008; 198–205. <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v37s1/v37s1a16.pdf>
23. Bisson JI, Brayne M, Ochberg FM, Everly GS. Early psychosocial intervention following traumatic events. *Am J Psychiatry*. 2007;164: 1016–9. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1016>
24. McNally RJ, Bryant RA, Ehlers A. Does Early Psychological Intervention Promote Recovery From Posttraumatic Stress? *Psychol Sci Public Interest*. 2003;4: 45–79. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.01421>
25. Mitchell J, Everly Jr G. The scientific evidence for critical incident stress management. *JEMS*. 1997;22: 86–93.
26. Mitchell J J, Everly Jr G. Critical incident stress debriefing: An operations manual for CISD, defusing and other group crisis intervention services. 3rd ed. 3rd ed. Ellicott City: Chevron Publishing Cooperation; 2001. https://books.google.cl/books/about/Critical_Incident_Stress_Debriefing.html?id=r09ZAAAACAAJ&redir_esc=y
27. Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2002; CD000560. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>
28. Gillies D, Taylor F, Gray C, O'Brien L, D'Abrew N. Psychological therapies for the treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12: CD006726. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006726.pub2>
29. Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, Sipe TA, Crosby AE, Johnson RL, et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2008;35: 287–313. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.06.024>
30. Stallard P, Velleman R, Salter E, Howse I, Yule W, Taylor G. A randomised controlled trial to determine the effectiveness of an early psychological intervention with children involved in road traffic accidents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47: 127–34. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01459.x>
31. de Graaff LF, Honig A, van Pampus MG, Stramrood CAI. Preventing post-traumatic stress disorder following childbirth and traumatic birth experiences: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2018;97: 648–656. <https://doi.org/10.1111/aogs.13291>
32. Priest SR, Henderson J, Evans SF, Hagan R. Stress debriefing after childbirth: a randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia*. 2003;178: 542–545. <https://onlinelibrary.wiley.com/toc/13265377/178/11> <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2003.tb05355.x>
33. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth*. 2005;32: 11–9. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00340.x>
34. Forneris CA, Gartlehner G, Brownley KA, Gaynes BN, Sonis J, Coker-Schwimmer E, et al. Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2013;44: 635–50. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2013.02.013>
35. Bastos MH, Furuta M, Small R, McKenzie-McHarg K, Bick D. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015: CD007194. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007194.pub2>
36. Maglione MA, Chen C, Bialas A, Motala A, Chang J, Akinniranye O, et al. Combat and Operational Stress Control Interventions and PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Mil Med*. 2021. <https://doi.org/10.1093/milmed/usab310>
37. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Orientaciones para el manejo del Trastorno de Estrés Agudo. Santiago; 2019. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/11/Orientaciones-para-el-manejo-del-Trastorno-por-Estr%C3%A9s-Agudo-Nov-2019.pdf>
38. Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD. Washington DC; 2017. <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
39. Centre for Posttraumatic Mental Health. Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder & Posttraumatic Stress Disorder [Internet. Melbourne; 2013. <https://www.phoenixaustralia.org/wp-content/uploads/2015/03/Phoenix-ASD-PTSD-Guidelines.pdf>
40. Department of Veterans' Affairs - Department of Defense. VA/VOD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Washington DC; 2017. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/VADoDPTSDCPGFinal.pdf>
41. Ursano RJ, Bell C, Eth S, Friedman M, Norwood A, Pfefferbaum B, et al. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry*. 2004;161: 3–31. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/acutestressdisordepptsd.pdf
42. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14 Suppl 1. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
43. Arendt M, Elklit A. Effectiveness of psychological debriefing. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104: 423–37. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2001.00155.x>
44. British Psychological Society. Psychological debriefing: Professional practice board working party. Leicester: BPS; 2002. <https://www.brownsbfs.co.uk/Product/Tehrani-Noreen/Psychological-Debriefing--Professional-Practice-Board-Working-Party/9781854333780>
45. Seely MR. Psychological Debriefing May Not Be Clinically Effective: Implications for a Humanistic Approach to Trauma Intervention. *The Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*. 2007;46: 172–182. <http://doi.wiley.com/10.1002/johc.2007.46.issue-2> <https://doi.org/10.1002/j.2161-1939.2007.tb00034.x>
46. Horowitz M. Stress response syndromes. New York: Aronson; 1976. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4615-2820-3_4
47. MacDonald CM. Evaluation of stress debriefing interventions with military populations. *Mil Med*. 2003;168: 961–8. <https://doi.org/10.1093/milmed/168.12.961>
48. Curtis JM. Elements of critical incident debriefing. *Psychol Rep*. 1995;77: 91–6. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.77.1.91>
49. Bolwig TG. Debriefing after psychological trauma. *Acta Psychiatr Scand*. 1998;98: 169–70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10062.x>
50. Organización Mundial de la Salud. COVID-19: cronología de la actuación de la OMS. 2020. <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>

51. Dyregrov A. Caring for helpers in disaster situations: psychological debriefing. *Disaster Manag.* 1989;2: 25–30. https://kyber.blob.core.windows.net/krisepsykologi-umbraco/1324/caring_for_helpers.pdf
52. Salmon T. The care and treatment of mental diseases and war neuroses (“shell shock”) in the British Army. Bethesda: University Archives, Uniformed Services University of the Health Sciences; 1917. <https://digitalcollections.lrc.usuhs.edu/digital/collection/p16005coll4/id/22358>
53. Medina J. El dominio del trauma psíquico. *Trauma psíquico*. Madrid: Paraninfo; 2015. pp. 10–1. <https://www.paraninfo.es/catalogo/9788428337298/trauma-psiquico>
54. Wessely S, Deahl M. Psychological debriefing is a waste of time. *Br J Psychiatry.* 2003;183: 12–4. <https://doi.org/10.1192/bjp.183.1.12>

Psychological debriefing in acute traumatic events: Evidence synthesis

Abstract

Stressful life situations can generate chronic symptomatology, so it is of great concern to analyze preventive strategies. Psychological debriefing is an intervention for acute trauma, which verbalizes perceptions, thoughts, and emotions experienced during a recent traumatic event. The evidence surrounding its efficacy is controversial. This article discusses the efficacy of psychological debriefing based on systematic reviews and clinical practice guidelines. In all, nine systematic reviews were included. Only one of them found that psychological debriefing effectively decreased psychological stress, while the remaining eight found no significant effects for outcomes such as stress, depressive and anxious symptoms, or development and severity of post-traumatic stress disorder. Moreover, two clinical trials found that the intervention had a significantly deleterious effect. Another study found a worsening in the symptomatology associated with the event. Of the eight clinical practice guidelines incorporated, none recommended psychological debriefing as an intervention for acute trauma. Some phenomena could explain the lack of success of the intervention in the scientific evidence. The bioethical conditions related to the traumatic scenario hinder its research, and its lack of standardization makes its evaluation in clinical trials problematic. Other variables such as ethnicity, personality, culture, gender, and history of traumatic experiences have been little considered in research. Nevertheless, the intervention may hinder the adequate processing of traumatic memory and emotions. Current evidence is consistent in not recommending psychological debriefing as an intervention for acute trauma, so its management should avoid it. It is suggested to promote research on preventive interventions to develop chronic traumatic symptomatology.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.