
Revisión sistemática sobre la reducción de efectos emocionales negativos en trabajadores del área de emergencias y catástrofes mediante técnicas de catarsis

Systematic Review of the Reduction of Negative Emotional Effects in Emergency and Disaster Response Workers Through Catharsis Techniques

Blanca Prieto-Callejero¹

Juan Gómez-Salgado^{2,3}

Francisco Alvarado-Gómez^{4,5}

Adriano Dias⁶

Juan Jesús García-Iglesias²

Carlos Ruiz-Frutos^{2,3}

¹Hospital Virgen de la Bella, Lepe, Huelva, España.

²Departamento de Sociología, Trabajo Social y Salud Pública, Facultad de Ciencias del Trabajo, Universidad de Huelva, Huelva, España.

³Universidad Espíritu Santo, Guayaquil, Ecuador.

⁴Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía, Consejería de Salud, Sevilla, España.

⁵Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

⁶Department of Public Health, Botucatu Medical School, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, Sao Paulo, Brasil.

Fechas · Dates

Recibido: 2019.04.16

Aceptado: 2019.10.28

Publicado: 2020.01.15

Correspondencia · Corresponding Author

Prof. Dr. Juan Gómez-Salgado

Universidad de Huelva. Avda. Tres de Marzo, S/N, 21071 Huelva (España) Tel.:

+0034 699 999 168 Email: salgado@uhu.es

Resumen

Objetivo: Analizar las técnicas de catarsis empleadas en los trabajadores que atienden situaciones de emergencias y catástrofes.

Métodos: Revisión sistemática realizada en 7 bases de datos bibliográficas Medline-Pubmed, Web of Science, Cochrane Library, CINAHL, Scopus, PsycINFO y otras fuentes secundarias, para artículos publicados entre 2008 y 2017, con los términos «catarsis», «emergencias», «debriefing» y «estrés post-traumático».

Resultados: Los criterios de inclusión fueron cumplidos por 5 artículos. Los estudios muestran que es común entre el personal sanitario la exposición al sufrimiento y a las experiencias traumáticas, suponiendo repercusiones negativas manifestadas a nivel físico, psicológico y cognitivo tras situaciones de emergencias y catástrofes. Para algunos autores, el debriefing ofrece un lugar para descargar las emociones y reducir el impacto del estrés en la vida de los trabajadores de emergencia actuando como una red de apoyo para que dichos trabajadores puedan reconstruir sus experiencias y verbalizar sus pensamientos y sentimientos, así como reducir el impacto en sus vidas. Para otros en cambio, esta técnica no es eficaz para todos los profesionales y su uso puede conllevar consecuencias negativas.

Conclusiones: El debriefing es una intervención breve que promueve la catarsis. Sin embargo, existe una gran controversia sobre su eficacia y la manera de aplicar esta intervención. Este estudio pone de manifiesto la heterogeneidad existente en la aplicación de técnicas de catarsis en los trabajadores que atienden situaciones de emergencia y catástrofes.

Palabras clave: Trastorno por estrés postraumático; Intervención en la Crisis; Debriefing; Catarsis; Catástrofes; Urgencias médicas

Abstract

Aim: To analyze catharsis techniques used with professionals assisting victims of emergencies and disasters.

Methods: Systematic review carried out in seven bibliographic databases: MEDLINE-Pubmed, Web of Science, Cochrane Library, CINAHL, Scopus, PsycINFO, and other secondary sources, for articles published between 2008 and 2017, with the terms "catharsis", "emergencies", "debriefing" y "post-traumatic stress". Publication and selection biases were taken into account.

Results: Five reviews met the study inclusion criteria. Distress and traumatic experiences following an emergency or disaster are very common among health professionals, with adverse repercussions at the physical, psychological and cognitive levels. . Some authors find that debriefing offers an opportunity for emotional release and to reduce the impact of stress on the lives of emergency responders, acting as a support network where they can reconstruct their experiences, express their thoughts and feelings, and reduce the impact on their lives. For other authors, however, this technique is not always effective for all professionals and may lead to negative consequences.

Conclusions: Debriefing is a common intervention that promotes catharsis. However, there is considerable controversy over its implementation and effectiveness. This study identified

a diversity of catharsis techniques applied to staff responding to emergencies and disasters.

Keywords: Post-Traumatic Stress Disorder; Crisis Intervention; Debriefing; Catharsis; Disasters; Emergencies

Introducción

Toda catástrofe representa un acontecimiento traumático en la vida de las personas y las comunidades, lo que se traduce en un desequilibrio y una amenaza a la integridad biopsicosocial⁽¹⁾. El trauma psicológico producido tras un evento desagradable no experimentado anteriormente, provoca una crisis psicológica que se expresa a través de múltiples sentimientos y que está relacionada con las características del individuo (sensibilidad, apoyo percibido, experiencias anteriores, entre otros), el tipo de fenómeno y sus características así como, el contexto social y cultural⁽¹⁾. De manera general, un superviviente de una catástrofe necesita comprender lo que pasó, conservar su autoestima, satisfacer la búsqueda de significado, realizar la catarsis y recibir apoyo social. Las reacciones psicológicas que se suceden tras el impacto se caracterizan por sentimientos de dependencia, pasividad y frustración. Se puede observar un estado de ansiedad, apatía, temor, depresión, indiferencia, impotencia, derrotismo, desesperanza, entre otros⁽¹⁾.

El Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) es el conjunto de síntomas que aparecen como consecuencia de la exposición a un acontecimiento estresante y que produce una severa reacción emocional. Los síntomas de TEPT casi siempre surgen dentro de los primeros días de la exposición (por lo general dentro de los 3 meses del evento). En la mayoría de las personas, los síntomas desaparecen tras varias semanas de exposición. Sin embargo, el TEPT se desarrolla en una minoría (hasta un tercio) de los expuestos a un trauma. Aunque aproximadamente el 50% de los diagnosticados con TEPT mejoran sin tratamiento durante ese año, entre el 10% y el 20% desarrollan un curso crónico ininterrumpido⁽²⁾. El trauma se vuelve a experimentar a través de pensamientos intrusivos siendo frecuente los trastornos del sueño, irritabilidad, respuesta de alarma, dificultad de concentración, entre otros. La sintomatología se agudiza cuando el individuo se expone a situaciones similares o que simbolizan la situación original⁽³⁾. Además, puede aparecer un cuadro depresivo que se presenta con sensación de vacío, sentimientos de culpa y baja autoestima, disminución de apetitos (hiposexualidad, hipoactividad y anorexia), pesimismo persistente, consumo de alcohol y psicoactivos, incluso puede presentar ideas e intentos de suicidio⁽¹⁾. El trabajo en los Servicios de Urgencias es un factor estresante donde a menudo el personal sanitario se enfrenta a la muerte de pacientes e incluso a la muerte en masas⁽⁴⁾. La incapacidad de rescatar víctimas (especialmente niños), la exposición constante a la muerte y a los cuerpos de las víctimas puede generar sentimientos de impotencia y soledad en estos profesionales. Además, suelen trabajar en una situación caótica con recursos escasos y manejo ineficiente para la atención de víctimas. Todo ello, puede tener efectos devastadores en la salud física y mental del personal provocando fuertes

reacciones emocionales, estrés entre el personal, incapacidad de proporcionar un buen cuidado e incluso puede hacer que abandonen sus puestos de trabajo^(5,6). Sin embargo, hay muy poca investigación que examina la preparación de este sector para la catástrofe así como el cuidado de su salud emocional.

En 1983, Jeffrey Mitchell desarrolló el concepto de debriefing como una herramienta de intercambio de información y procesamiento de eventos siendo considerada un tipo de técnica de catarsis. La técnica consiste en compartir en grupo los sentimientos y emociones relacionados con la experiencia traumática vivida, con el propósito de reordenarla cognitivamente de una forma más adaptativa⁽⁷⁾. El debriefing está diseñado para mitigar el impacto psicológico de un evento traumático, prevenir el desarrollo de un síndrome postraumático y servir como un mecanismo de identificación temprana para las personas que requieren seguimiento de la salud mental. Sin embargo, desde su comienzo, existe una gran controversia sobre su eficacia⁽⁷⁾.

A medida que se desarrollaba el campo de debriefing, el término original «Debriefing formal» dio a paso a diferentes modalidades como es el caso del Critical Incident Stress Debriefing (CISD) que se usó para describir la intervención en siete fases⁽⁸⁾. Este último concepto consiste en una única intervención estructurada realizada como una conversación entre personas que han experimentado el mismo incidente. Esta intervención debe ser dirigida por un profesional específicamente entrenado, que no forme parte del incidente y que su función será, además de dirigir al pequeño grupo, tratar de crear un entorno seguro y confidencial. Su duración varía desde una hora a incluso tres y su inicio no debe superar las 24-72 horas del suceso traumático. El objetivo principal del modelo de Mitchell⁽⁹⁾, al igual que todas las formas de debriefing psicológico, es profundizar y reforzar el apoyo social entre las personas que son emocionalmente «sanas» pero que experimentan reacciones de estrés agudas o anormales a eventos traumáticos. Son diversos los estudios y revisiones^(2,10,11) que destacan las posibles ventajas que presenta la realización de la sesión de debriefing tras un evento traumático pero que concluyen en sus escritos las limitaciones que presentan estos estudios para obtener datos fiables y válidos. No disponen del rigor de un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA), ni de grupos homogéneos con los que poder comparar niveles similares de la exposición al trauma. A menudo tratan la satisfacción de los consumidores como indicador de eficacia.

Por otro lado, el debriefing se ha reconocido como una valiosa herramienta para lograr los resultados del aprendizaje en los estudiantes de las disciplinas sanitarias, especialmente Medicina y Enfermería⁽¹²⁾, mediante la simulación. Sin embargo, hay un reconocimiento limitado de la importancia del debriefing en el entorno clínico donde se puede considerar de una importancia destacada como son las Unidades de Cuidados Intensivos⁽¹³⁾, Urgencias^(6,14), Cuidados Paliativos, Unidades Pediátricas, entre otros. Existe una diferencia importante entre el uso de esta técnica con el fin de lograr resultados de aprendizaje, con respecto a su uso a nivel psicológico. Es a nivel formativo donde se ha obtenido un mayor desarrollo.

Hasta el momento, es reconocido que las discusiones informales entre compañeros proporcionan conversaciones ricas para promover el pensamiento crítico. Se trata de apoyarse mutuamente en un proceso que es bidireccional. El valioso aprendizaje colaborativo se produce a través de un debriefing informal «en el momento» (no estructurado) ya que cada compañero contribuye con su propia experiencia y conocimiento mientras explora o apoya la práctica de cada uno⁽¹³⁾. Se conoce con el término de defusing que consiste en una corta e informal discusión en equipo, inmediatamente después del incidente. Defusing puede ser tan breve como unos minutos o incluso 30 minutos y puede ayudar a los involucrados a estabilizar sus emociones inmediatas, movilizar el enfrentamiento e identificar las necesidades⁽⁷⁾. De igual forma, la comunicación eficaz y la coordinación de los trabajadores destaca por su importancia en la reducción de la gravedad del ajuste psicosocial. El desarrollo de vínculos con compañeros de trabajo se considera una experiencia positiva y fomenta una alianza entre los trabajadores. Es clave en la preparación para una crisis, manteniendo la disponibilidad de apoyo y suministros necesarios para atender a los pacientes durante la situación, y asegurando que los trabajadores de emergencia son atendidos física y psicológicamente después de la crisis⁽⁷⁾.

Por ello, las técnicas de catarsis tras un evento crítico resultan imprescindibles para reducir las sensaciones de tristeza y ansiedad que provoca la vivencia de dicho evento, entendidas éstas como mecanismos y estrategias de purificación, liberación o transformación interior tras un acontecimiento o una experiencia vital importante siendo ampliamente valorado el apoyo psicológico a las víctimas primarias y secundarias que sufren las consecuencias de un acontecimiento traumático^(10,11). Sin embargo, son pocos los estudios que muestren los efectos beneficiosos que puede provocar en el profesional que interviene en este tipo de emergencias. En este sentido, el objetivo de este artículo fue analizar las técnicas de catarsis empleadas en los trabajadores que atienden situaciones de emergencias y catástrofes.

Métodos

Esta revisión sistemática se realizó de acuerdo con las recomendaciones de la declaración PRISMA⁽¹⁵⁾ siguiendo un protocolo de revisión previo a la recogida de datos con la finalidad de reducir el impacto de los sesgos inherentes a los autores aportando una mayor transparencia en el método y proceso científico.

Estrategia de búsqueda

Se realizó una revisión de la literatura publicada entre los años 2008 y febrero de 2017, consultando las bases de datos bibliográficas Medline-Pubmed, Web of Science, Cochrane Library, CINAHL, Scopus, PsycINFO, así como en los buscadores científicos Google Académico y Dialnet. Los términos utilizados en la estrategia de búsqueda fueron, en español: catarsis, emergencias, debriefing y estrés post-traumático; y en inglés: catharsis, emergencies, debriefing and post-traumatic

stress (Tabla 1). Todos estos criterios de búsqueda fueron combinados con los operadores booleanos «AND» y «OR». Además, y pesar de que el término debriefing no se considera un término incluido en los descriptores empleados en salud, se decidió incorporarlo como término apto para realizar la búsqueda bibliográfica, debido a que se trata de un concepto característico e imprescindible en la realización de esta revisión vinculado al descriptor Crisis Intervention.

Tabla 1: Estrategia de búsqueda para Medline-Pubmed.

#1	Debriefing OR Catharsis OR Catharses
#2	Posttraumatic stress OR Posttraumatic neuroses OR Moral injury OR Posttraumatic stress OR Post-traumatic neuroses
#3	Health professionals OR Health workers
#4	Emergencies OR Emergenc*
#5	#1 AND #2 AND #3 AND #4

Selección de los estudios

Los criterios de inclusión que se han tenido en cuenta han sido aquellos estudios publicados desde enero del año 2008 hasta febrero del año 2017 en inglés, español, portugués y francés y que evaluaran la eficacia de las técnicas de catarsis en las víctimas terciarias que atienden en situaciones de emergencias y catástrofes. Del mismo modo, se excluyeron aquellos estudios que evaluaban las técnicas de catarsis sobre las víctimas primarias, así como artículos de opinión, series de casos y registros de baja calidad científica.

Extracción de los datos

Se recogieron datos referentes a la base de datos bibliográfica, año de publicación, nombre de la revista, el tipo de publicación, el nombre de los autores y la institución, el idioma y el nivel evidencia (Tabla 2). Para la evaluación de la calidad metodológica, se usaron las plantillas elaboradas por Critical Appraisal Skills Programme Español (CASPe)⁽¹⁶⁾ según el tipo de estudio como elemento indispensable para realizar una lectura crítica de los estudios encontrados. No fue posible desarrollar un metaanálisis de los datos debido a la heterogeneidad de los diseños encontrados. Tanto la evaluación de la calidad como la extracción de datos se llevaron a cabo entre pares de forma independiente y un tercer evaluador actuó a modo de evaluador, cotejando la información recogida entre ambos y consensuando los contenidos de la plantilla final. En el proceso de extracción de datos se utilizó el software de Gestión Bibliográfica Zotero (<https://zotero.org>) para procesar los resultados y eliminar duplicados.

Tabla 2: Variables bibliométricas de la plantilla de extracción de datos de los artículos incluidos en la revisión sistemática.

Base de datos bibliográfica	Año publicación	Revista	Tipo de publicación	Autores	Institución	Idioma	Nivel Evidencia
CINAHL	2010	Emergency Medicine Australasia (EMA)	Revisión	Joanne Magyar and Theane Theophilos(8)	Emergency Department, Royal Children's Hospital, and Murdoch Children's Research Institute. Australia	Inglés	2++ ^a
CINAHL	2014	Anxiety, Stress, & Coping	Ensayo Clínico Aleatorizado	Michelle R. Tuckey and Jill E. Scott(17)	School of Psychology, University of South Australia and AusPsych. Australia	Inglés	1+ ^b
Medline	2010	Pediatric Nursing	Intervención	Elizabeth A. Keene, Nancy Hutton, Barbara Hall, Cynda Rushton(18)	Johns Hopkins School of Nursing. EEUU	Inglés	2- ^c
Web of Science	2009	International Journal of Nursing Practice	Revisión	Denise Susan Walsh(19)	University of Connecticut. EEUU	Inglés	2++
Web of Science	2009	The Cochrane Library	Revisión	Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI(21)	University Health Board. Reino Unido	Inglés	2++

^a 1+ Meta-análisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos aleatorizados con bajo riesgo de sesgos.

^b 2++ Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles, o estudios de cohortes o de casos y controles de alta calidad, con muy bajo riesgo de confusión, sesgos o azar y una alta probabilidad de que la relación sea causal.

^c 2 Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de confusión, sesgos o azar y una significativa probabilidad de que la relación no sea causal.

Resultados y discusión

Los resultados del proceso de selección de acuerdo con las fuentes revisadas (registros identificados en la búsqueda, resúmenes revisados, artículos completos revisados y la lista final de artículos incluidos), se muestran en el diagrama de flujo (Figura 1). Tras el proceso de revisión, un total de 5 cumplieron con los criterios de inclusión en el estudio.

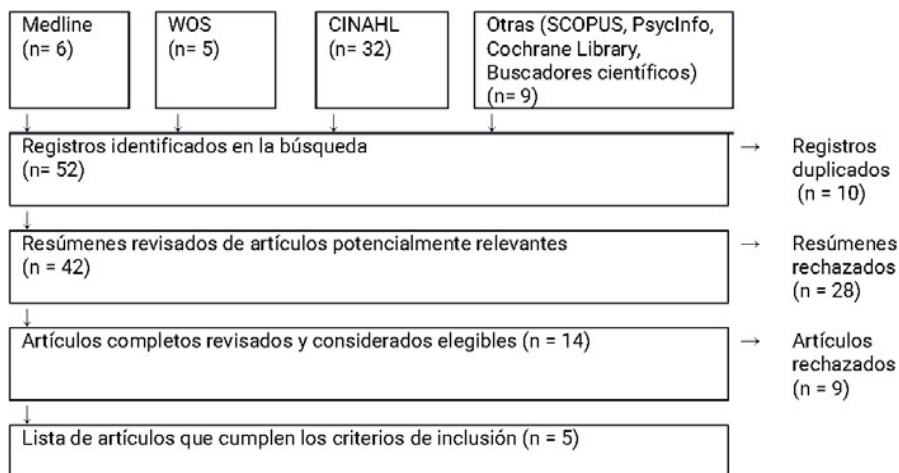


Figura 1: Diagrama de flujo de la información obtenida de la revisión bibliográfica.

En la Tabla 3 se muestran los principales hallazgos de las referencias bibliográficas seleccionadas en este estudio.

Tabla 3: Principales hallazgos de los estudios incluidos en la revisión bibliográfica sobre técnicas de catarsis empleadas en los trabajadores que atienden situaciones de emergencias y catástrofes.

Primer autor, País, año [tipo de estudio]	Población	Principales hallazgos del estudio
Magyar J et al, Australia, 2010 [Revisión] ⁽⁸⁾	Profesionales sanitarios de Urgencias.	Existe una alta necesidad percibida de debriefing por parte de profesionales sanitarios. Sin embargo, la evidencia presenta tanto beneficios como desventajas en las intervenciones de debriefing.
Tuckey MR et al, Australia, 2014 [Ensayo Clínico Aleatorizado] ⁽¹⁷⁾	67 Bomberos voluntarios después de la exposición compartida a un evento potencialmente traumático. Asignados aleatoriamente en uno de los tres grupos: CISD, Sin tratamiento y Educación sobre el manejo del estrés.	Tras un mes de la intervención, el grupo CISD mostró niveles moderadamente más bajos de consumo de alcohol y una calidad de vida moderadamente superior. No hubo evidencia de que CISD ni las otras intervenciones fueran efectivas en la prevención del estrés posttraumático.
Keene EA et al, EEUU, 2010 [Intervención] ⁽¹⁸⁾	676 Profesionales sanitarios del Centro Infantil Johns Hopkins.	Los participantes definían la sesión de debriefing como provechosa, informativa y significativa. El personal que participó obtuvo calificación más alta en su capacidad de mantener su integridad profesional que los que no participaron.

Primer autor, País, año [tipo de estudio]	Población	Principales hallazgos del estudio
Walsh DS, Reino Unido, 2009 [Revisión] ⁽¹⁹⁾	12 Estudios con un total de 1523 trabajadores de emergencias.	El entrenamiento previo al desastre, la evaluación y la enseñanza de los voluntarios, así como el apoyo continuo después del desastre podrían reducir la frecuencia o gravedad del trastorno de estrés posttraumático en desarrollo.
Roberts NP et al, Reino Unido, 2009 [Revisión] ⁽²¹⁾	11 Estudios con un total de 941 individuos expuestos a un evento traumático específico.	No hay evidencia de que una intervención psicológica para uso rutinario después de eventos traumáticos sea efectiva.

Estrés postraumático

Tuckey y Scott⁽¹⁷⁾ desarrollaron el año 2014 el primer Ensayo Clínico Aleatorizado de Debriefing de Estrés por Incidente Crítico (CSID) con 67 bomberos, que habían servido servicio por un promedio de 13 años, después de la exposición compartida a un evento potencialmente traumático. Los objetivos del grupo CISD fueron prevenir el estrés postraumático y promover el retorno al funcionamiento normal después de un evento potencialmente traumático. Las sesiones de CISD siguieron el protocolo de siete fases de Mitchell. Para evaluar ambos objetivos se midieron cuatro resultados, antes y después de la intervención: el estrés postraumático, el malestar psicológico, la calidad de vida y el consumo de alcohol. Las brigadas de bomberos fueron asignadas aleatoriamente a una de las tres condiciones de tratamiento: CISD, Screening (es decir, sin tratamiento), o educación sobre el manejo del estrés.

Los resultados del grupo de CISD tras un mes de la intervención reflejaron niveles bajos de consumo de alcohol y una calidad de vida superior con respecto al grupo de educación sobre el manejo de estrés. Además, demostró que el grupo CISD no estaba asociado con salud psicológica perjudicial. No se encontró evidencia de que la CISD ni las otras intervenciones fueran efectivas con respecto a la prevención del estrés post-traumático ni sobre los niveles de angustia psicológica⁽¹⁷⁾.

Por otro lado, Keene⁽¹⁸⁾ trata en su artículo del debriefing dirigido a profesionales sanitarios tras la muerte de un paciente. Las sesiones solicitadas con más frecuencia fueron desde el Servicio de Oncología (45% de las sesiones) y la razón más frecuente fue la angustia profesional que generaba la relación con el paciente y/o la familia. Además, los participantes definían la sesión de debriefing como provechosa (98.4%), informativa (97.8%) y significativa (97.8%). El personal que participó en las sesiones obtuvo una calificación más alta en su capacidad de mantener su integridad profesional con respecto a los que no participaron.

Walsh⁽¹⁹⁾ destaca en su revisión la necesidad crítica de examinar el impacto en la práctica de los voluntarios de atención médica que regresan de los desastres

y el papel de las organizaciones humanitarias en apoyar y proteger a sus voluntarios de desarrollar trastornos relacionados con el estrés. La experiencia resultó en trastornos del sueño y pesadilla, y un marcado aumento de los sentimientos de desamparo, ansiedad y aumento de la excitación. El desarrollo de destrezas clínicas y la capacidad de funcionar con un alto nivel de experiencia redujeron los sentimientos de ansiedad, miedo y anticipación de los trabajadores. Aunque los hospitales tenían planes de preparación, el personal no percibía que las instituciones tuvieran la capacidad de sostenerlos durante una catástrofe, careciendo de una infraestructura para apoyar al personal durante cualquier situación de crisis.

Además, el papel de la enfermera encargada fue identificado esencial para el éxito del personal, así como, la importancia de una cadena de mando funcional, la necesidad de una educación formal en la capacitación de liderazgo y el apoyo institucional al personal para reducir la ansiedad del trabajo que se espera de ellos en condiciones difíciles. En cambio, los resultados de esta revisión, muestran que existe una brecha en la educación del voluntariado y de los que responden a las situaciones de catástrofe⁽¹⁹⁾.

Por otro lado, el apoyo social después de estas situaciones y la oportunidad para los trabajadores de compartir sus experiencias fueron clasificados como importantes. Los trabajadores de emergencias afirmaron haber desarrollado vínculos emocionales con las víctimas. Cuando los trabajadores sintieron una conexión emocional con las víctimas, comenzaron a visualizarse a sí mismos o a sus familiares como víctimas. Este proceso los colocó en riesgo de agotamiento, ya que siguieron tratando de funcionar como una persona no involucrada, y aumentó el estrés de trabajar en el lugar del desastre.

Debriefing

En cuanto a la literatura revisada por Magyar⁽⁸⁾, reveló una escasez con respecto a la eficacia del debriefing en los clínicos tras un incidente crítico y en particular de ensayos clínicos aleatorizados. A pesar de que debriefing es percibido como importante por los médicos de emergencia, la evidencia presenta tanto beneficios como desventajas en las intervenciones de debriefing. Los resultados positivos del debriefing incluyen una mayor satisfacción del personal, moral del grupo y una reducción en las reacciones de estrés a corto plazo.

A la inversa, como se menciona en Rose et al.⁽²⁰⁾, dos estudios longitudinales identificaron que el debriefing podría ser perjudicial para los participantes. Sin embargo, estos estudios no se centran en los médicos de emergencia y por tanto la aplicabilidad de los resultados de estos estudios es cuestionable. Tras el metaanálisis de Cochrane⁽²⁰⁾, se concluyó que el debriefing individual de una sola sesión no era eficaz de reducir la angustia psicológica, la depresión o la ansiedad, ni de prevenir el inicio del TEPT. Rose reconoció que la revisión Cochrane no pudo analizar la eficacia de la sesión de debriefing en grupo.

Siguiendo esta línea, una revisión Cochrane⁽²¹⁾, encontró once estudios con un total de 941 participantes que evaluaron breves intervenciones psicológicas dirigi-

das a prevenir el TEPT en individuos expuestos a un evento traumático específico, examinando una gama heterogénea de intervenciones. Los resultados sugieren que no se puede recomendar ninguna intervención psicológica para el uso rutinario después de eventos traumáticos y que las intervenciones de sesión múltiple, como las intervenciones de sesión única, pueden tener un efecto adverso en algunos individuos.

Por contra, un estudio⁽⁶⁾ realizado en enfermeras y médicos de tres departamentos de Urgencias en Irlanda, refleja cómo un 84% de los participantes calificaron el debriefing después de incidentes estresantes como «importante» o «muy importante». Además, cuanto más experimentados estaban los participantes en el tratamiento de situaciones estresantes, más importantes percibían la sesión de debriefing. Sin embargo, por otro lado, el 62% afirmó que nunca se le había ofrecido la oportunidad de participar en una sesión de debriefing. Si bien es cierto, estos resultados hay que tomarlos con cautela debido al tamaño de la muestra (150 enfermeras y médicos).

En este sentido, Burns⁽⁷⁾ identifica en su artículo que el debriefing no es eficaz para todos. En él se entrevistaron a enfermeras que sí vieron útil el debriefing afirmando «Reflexionar sobre el incidente pone en imagen el evento y clarifica cosas para mí» o «El aspecto confidencial del debriefing fue útil, pude hablar libremente sobre el incidente. Fue un alivio ser escuchado» o «Cuando el incidente principal real está sucediendo, tienes que reprimir mucho y permanecer profesional. No puedes decir cómo de aterrorizado realmente te sientes. Me resulta útil poder hablar más tarde a aquellos que han pasado por la misma experiencia, y escuchar sus diferentes inclinaciones. Es una forma segura, confidencial y un lugar de apoyo».

Sin embargo, quienes no están de acuerdo exponen que no se sienten cómodos, les cuesta ser abiertos y se sienten vulnerables cuando no conocen a los otros participantes. Además, afirman que no les resulta útil revivir el incidente. Como concluye Burns⁽⁷⁾ en su artículo no todas las enfermeras procesan el estrés y el trauma de la misma manera y por ello, no todos consideran útil el debriefing.

Visión de los profesionales ante el evento traumático

A pesar de que existe una gran cantidad de investigación que examina el efecto de la fatiga y la carga de trabajo sobre el rendimiento y los resultados en los profesionales sanitarios, pocos estudios se han centrado en el impacto del apoyo emocional o falta de ellos para los profesionales de la salud que se ocupan de incidentes críticos en su vida profesional.

Los profesionales de enfermería forman parte de los grupos más importantes involucrados en el apoyo a las víctimas. De hecho, es común entre las enfermeras la exposición al sufrimiento y a las experiencias traumáticas, en particular las que trabajan en urgencias y con los niños⁽²²⁾. Las repercusiones negativas tienen un efecto acumulativo cuando la exposición crónica a eventos estresantes se manifiesta en el sufrimiento físico y psicológico. La fatiga por compasión y el estrés traumático secundario son ambas consecuencias potenciales. Se cree que la fa-

tiga por compasión o el estrés traumático secundario contribuyen al agotamiento^(6,22).

Así mismo, el estrés tras un incidente crítico puede causar síntomas cognitivos, tales como confusión y falta de concentración, y efectos físicos como fatiga, insomnio, problemas gastrointestinales y tensión muscular. Y en cuanto a los efectos emocionales, pueden incluir ansiedad, depresión, culpa, enfado y negación. Además, los cambios de comportamiento se pueden manifestar como abstinencia social, abuso de sustancias y comportamiento agresivo.

En este sentido, el debriefing ofrece un lugar para descargar las emociones y reducir el impacto del estrés en la vida de los trabajadores de emergencia actuando como una red de apoyo para que los trabajadores puedan reconstruir sus experiencias y verbalizar sus pensamientos y sentimientos y reducir el impacto en sus vidas. La disponibilidad de servicios de apoyo psicosocial después de la catástrofe puede disminuir los efectos negativos del trabajo de emergencia.

Además, esta herramienta puede permitir que los profesionales sanitarios que trabajan en cuidados críticos aprendan de las experiencias de la exposición a diferentes situaciones clínicas y con ello convertirse en profesionales competentes y expertos. Así mismo, las enfermeras principiantes, que no pueden beneficiarse de años de experiencia, pueden contribuir al desarrollo del juicio clínico y a sus capacidades de priorización y evaluación⁽¹³⁾. Se trata de una herramienta que puede proporcionar una retroalimentación constructiva como parte de un ejercicio de simulación o después de un incidente crítico para revisar la aplicación del conocimiento en la práctica. El rendimiento puede ser revisado para permitir una comprensión más profunda, fomentar el pensamiento crítico y ajustar los conocimientos hacia situaciones clínicas futuras⁽²³⁾.

La preparación es la mejor manera de prevenir consecuencias adversas. El primer paso para la preparación para el apoyo de emergencia es averiguar quiénes son las personas adecuadas para participar en una operación de emergencia, y tras ello determinar cómo y qué tareas deben realizar. La eficacia de la educación y la planificación para las catástrofes puede aumentar la confianza, el conocimiento y las habilidades clínicas de estos profesionales⁽²²⁻²⁴⁾. De hecho, un estudio cualitativo⁽²⁴⁾ muestra como las enfermeras experimentadas que habían trabajado anteriormente con personas gravemente heridas, como en las salas de emergencia y enfermeras de la UCI, fueron capaces de trabajar más eficientemente en la escena de la catástrofe. Sin embargo, la mayoría de las enfermeras no confían en sus habilidades para responder a los eventos de desastre mayor.

Un estudio longitudinal⁽²⁵⁾ realizado con bomberos con años de experiencia trata de poner de manifiesto como la exposición acumulativa repetitiva al trauma que está asociada a su carrera, puede conducir a niveles elevados de trastornos mentales. Los resultados de este estudio predicen que a medida que avanza la carrera en el servicio de bomberos, aumenta la edad, aumenta el número de incidentes críticos y disminuye el promedio de horas de sueño, las medidas de trastornos mentales se incrementan. Además, este estudio refleja como muchos bomberos afirmaron alejarse de sus pacientes como método de protección. Por otro lado,

otro estudio⁽²⁶⁾ realizado en bomberos, refleja cómo el 64% de los participantes admitieron que su estrés disminuyó 2 semanas después de recibir la sesión de debriefing.

Específicamente, Couper⁽²⁷⁾, en su revisión sistemática y metaanálisis, destaca la evidencia encontrada del debriefing sobre la mejora del aprendizaje, mejora del rendimiento técnico y no técnico así como una mejora sobre el enfoque hacia el paciente obteniéndose por tanto, mejores resultados para los pacientes. Esta revisión proporciona evidencia de que el reexaminar a los equipos clínicos después de emergencias que amenazan la vida, mejora el conocimiento y la adquisición e implementación de habilidades. Además, apoya el uso de debriefing estructurado como estrategia educativa para mejorar el conocimiento del clínico y la adquisición de habilidades y la implementación de esas habilidades en la práctica. Existen potenciales ventajas adicionales para el debriefing estructurado después de emergencias que amenazan la vida más allá de los resultados educativos y de los pacientes. El debriefing actuaría como una intervención educativa después de las emergencias.

En cambio, en ninguno de los estudios revisados por Couper, se muestran resultados psicológicos. No obstante, es de destacar que esta revisión asume como principal limitación la baja o muy baja calidad de la evidencia global de los estudios revisados así como la heterogeneidad de los datos obtenidos con lo no resulta posible reunir los resultados de los mismos.

Por otro lado, las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica del Departamento de Defensa / Departamento de Defensa para el Manejo del Estrés Post-Traumático resumidas en la revisión de Nash⁽²⁸⁾, durante los primeros 4 días después de un evento potencialmente traumático, incluye la atención a la seguridad y a las necesidades básicas y el acceso a recursos físicos, emocionales y sociales. Se recomienda el uso de primeros auxilios psicológicos para el manejo del estrés agudo, mientras que se desaconseja el debriefing psicológico. La razón se debe a que, como intervención grupal programada, asume que todos los individuos que han experimentado el mismo estrés traumático tienen necesidades similares o idénticas. En segundo lugar, debido a que el debriefing psicológico no incluye un componente de evaluación, es necesariamente una intervención de un solo tamaño para todos, en lugar de un amplio surtido de herramientas de intervención y respuestas que pueden adaptarse para el estatus y el contexto inmediatos de cada persona. Y en tercer lugar, el debriefing psicológico asume que una sola sesión de ayuda que ocurre durante unas horas es suficiente, sin un seguimiento obligatorio o mecanismos para evaluar quién necesita mayor ayuda. Además, como menciona en su revisión, varios estudios de la eficacia del debriefing psicológico, han fracasado en encontrar pruebas de que previene a largo plazo los resultados negativos. En consecuencia, el debriefing psicológico no puede recomendarse como una intervención temprana para el estrés postraumático.

En cuanto a las limitaciones de esta revisión, la búsqueda de estudios podría ser más exhaustiva, con el uso de otras bases de datos, la inclusión de estudios en otros idiomas además de los investigados, y el uso de descriptores más amplios.

Sin embargo, esta revisión es representativa de la literatura mundial por incluir estudios de diferentes países.

Conclusiones y perspectivas

En conclusión, el debriefing es una intervención breve que promueve la catarsis, pero donde existe una gran controversia sobre su eficacia y la manera de aplicar dicha intervención. Este estudio pone de manifiesto la heterogeneidad existente en la aplicación de técnicas de catarsis en los trabajadores que atienden situaciones de emergencia y catástrofes. Por último, destacar que las futuras investigaciones deben ir dirigidas a la comprensión de cómo y por qué la intervención temprana en los lugares de trabajo puede promover la recuperación de los factores estresantes operacionales, teniendo en cuenta los procesos y factores individuales, grupales y organizativos.

Bibliografía

1. Calderón JH. La salud mental en los desastres. La salud mental en los desastres: Colombia. Cruz Roja Colombiana. Dirección General de Salud; 2002.
2. 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.
3. Mamani-Encalada A, Obando-Zegarra R, Uribe-Malca AM, Vivanco-Tello M. Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias en el desempeño laboral en emergencia. *Rev Per Obst Enf.* 2007; 3: 50-7.
4. Leronés MJF, de la Fuente A. Evaluación de riesgos laborales para el personal sanitario de los servicios de urgencias de atención primaria. 2010; 22: 445-50.
5. González-Cabrera J, Fernández-Prada M, Molina-Ruano R, Blázquez A, Guillén-Solvas J, Peinado JM. Riesgo psicosocial en el trabajo, estrés auto-percibido y cortisol en saliva en una muestra de médicos de urgencias de Granada. *Emergencias.* 2012; 24: 101-6.
6. Healy S, Tyrrell M. Importance of debriefing following critical incidents: Sonya Healy and Mark Tyrrell discuss the strategies doctors and nurses think they need to cope with stressful events in emergency departments. *Emergency nurse.* 2013; 20: 32-7.
7. Burns B. Caring for colleagues through debriefing. *Kai Tiaki Nursing New Zealand.* 2016; 22: 12-42.
8. Magyar J, Theophilos T. Debriefing critical incidents in the emergency department. *Emerg Med Australas.* 2010; 22: 499-506.

- 9.** Mitchell JT, Everly G. Critical incident stress debriefing: An operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers. Chevron Publishing: Ellicott City MD; 1996.
- 10.** Pender DA, Prichard KK. ASGW best practice guidelines as a research tool: A comprehensive examination of the critical incident stress debriefing. *Journal for Specialists in Group Work*. 2009; 34: 175-92.
- 11.** Escudero JMS. Una revisión acerca del debriefing como intervención en crisis y para la prevención del TEPT (trastorno de estrés postraumático). *Rev Colomb Psiquiatr*. 2008; 37: 198-205.
- 12.** Cantrell MA. The importance of debriefing in clinical simulations. *Clin Simul Nurs*. 2008; 4: e19-e23.
- 13.** Lavoie P, Pepin I, Boyer L. Reflective debriefing to promote novice nurses' clinical judgment after high-fidelity clinical: A pilot test. *Dynamics*. 2013; 24: 36-41.
- 14.** Nadir NA, Bentley S, Papanagnou D, Bajaj K, Rinnert S, Sinert R. Characteristics of Real-Time, Non-Critical Incident Debriefing Practices in the Emergency Department. *West J Emerg Med*. 2017; 18: 146-51.
- 15.** Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin (Barc)*. 2010; 135: 507-11.
- 16.** Santamaría Olmo RJN. Programa de Habilidades en Lectura Crítica Español (CASPe). *NefroPlus*. 2017; 9: 100-1.
- 17.** Tuckey MR, Scott JE. Group critical incident stress debriefing with emergency services personnel: a randomized controlled trial. *Anxiety Stress Coping*. 2014; 27: 38-54.
- 18.** Keene EA, Hutton N, Hall B, Rushton C. Bereavement debriefing sessions: an intervention to support health care professionals in managing their grief after the death of a patient. *Pediatr Nurs*. 2010; 36: 185-9.
- 19.** Walsh DS. Interventions to reduce psychosocial disturbance following humanitarian relief efforts involving natural disasters: An integrative review. *Int J Nurs Pract*. 2009; 15: 231-40.
- 20.** Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2): CD000560.
- 21.** Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson J. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3): CD006869.
- 22.** Maloney C. Critical incident stress debriefing and pediatric nurses: an approach to support the work environment and mitigate negative consequences. *Pediatr Nurs*. 2012; 38: 110.

- 23.** Werry J. Informal debriefing: Underutilization in critical care settings. *Can J Crit Care Nurs.* 2016; 27: 22-6.
- 24.** Baack S, Alfred D. Nurses' preparedness and perceived competence in managing disasters. *J Nurs Scholarsh.* 2013; 45: 281-7.
- 25.** Pelham B. Saving our heroes: A longitudinal study of mental disorders within the fire service. Claremont: Claremont Graduate University; 2016.
- 26.** Sattler DN, Boyd B, Kirsch J. Trauma-exposed firefighters: Relationships among posttraumatic growth, posttraumatic stress, resource availability, coping and critical incident stress debriefing experience. *Stress Health.* 2014; 30: 356-65.
- 27.** Couper K, Salman B, Soar J, Finn J, Perkins GD. Debriefing to improve outcomes from critical illness: a systematic review and meta-analysis. *Intensive Care Med.* 2013; 39: 1513-23.
- 28.** Nash WP. Review of VA/DOD clinical practice guideline on management of acute stress and interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *J Rehabil Res Dev.* 2012; 49: 637-48.