



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGIA

**Efectividad de los Primeros Auxilios
Psicológicos para prevenir síntomas depresivos
en pacientes con trauma reciente en Chile**

CRISTIAN ESTEBAN CONTRERAS ARENAS

Profesor Guía: Paula Errazuriz Arellano

Comité de Trabajo de Grado: Alex Behn Berliner

Rodrigo Figueroa Cabello

Trabajo de Grado presentado a la Escuela de Psicología de la Pontificia
Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en
Psicología Clínica

Septiembre 2018

Santiago, Chile



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE PSICOLOGIA

**Efectividad de los Primeros Auxilios
Psicológicos para prevenir síntomas depresivos
en pacientes con trauma reciente en Chile**

CRISTIAN ESTEBAN CONTRERAS ARENAS

Profesor Guía: Paula Errazuriz Arellano

Comité de Trabajo de Grado: Alex Behn Berliner

Rodrigo Figueroa Cabello

Trabajo de Grado presentado a la Escuela de Psicología de la Pontificia
Universidad Católica de Chile para optar al grado académico de Magíster en
Psicología Clínica

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de grado no podría haber sido realizado sin la colaboración del Dr. Rodrigo Figueroa, quien me brindó la base datos del presente estudio.

También agradezco la participación y orientación de mi profesora guía la Dr. Paula Errazuriz, sobre todo por su apoyo y disposición.

Por último, me gustaría dar la gracias a todos mis compañeros y familiares que me ayudaron y alentaron en la elaboración de este proyecto.

Índice

AGRADECIMIENTOS	iii
Resumen	v
Introducción y Formulación del problema	vi
Efectividad de los Primeros Auxilios Psicológicos para prevenir síntomas depresivos en pacientes con trauma reciente en Chile.....	viii
Resumen	ix
Método	xviii
Análisis de datos	xxiii
Resultados	xv
Comentarios	xxviii
Referencias	xxxii

Índice de Tablas

Tabla 1	xxxix
Tabla 2	xl
Tabla 3	xli

Índice de Figuras

Figura 1	xlii
Figura 2	xliii

Resumen

Los primeros auxilios psicológicos (PAP) están ampliamente difundidos y validados por expertos como una de las primeras medidas de intervención para personas afectadas por un evento traumático debido a su eficiencia y simpleza de aplicación. No obstante, a pesar de ser recomendados para brindar apoyo emocional, no existe evidencia empírica de calidad que valide su uso, lo cual hace que su difusión sea escasa en nuestro país. Es así como solo se reporta un ensayo clínico randomizado que tuvo por objetivo evaluar la eficacia de PAP para prevenir el desarrollo de estrés postraumático (TEPT; Figueroa et al., 2017), estudio del cual deriva el actual proyecto. En este se demostró cierta eficacia de PAP para prevenir síntomas de TEPT, en especial los síntomas de re-experimentación. El presente estudio explora la eficacia de un ensayo clínico randomizado con el objetivo de evaluar la efectividad de los primeros auxilios psicológicos para prevenir síntomas depresivos comparados con un grupo de control. La medición de síntomas depresivos se hizo a través del Inventario de Depresión de Beck, mientras que para la sintomatología de estrés postraumáticos se utilizó la *Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version* (PCL-C), en su versión en español. También se utilizaron mediciones para evaluar antecedentes de traumas previos y bienestar subjetivo. Formaron parte de esta investigación 65 pacientes reclutados en servicios de urgencias de la región metropolitana que cumplieron con el requisito de haber sido expuestos a un evento traumático en las últimas 72 horas. Se asignaron aleatoriamente 32 participantes al grupo de control y 33 participantes al grupo PAP, el cual consistió en cinco pasos: Escucha activa; re-entrenamiento de la respiración; priorización de necesidades; derivación a redes de apoyo y psicoeducación. Los análisis estadísticos mostraron que no hubo una diferencia significativa de síntomas depresivos entre los dos grupos un mes después de aplicadas las intervenciones. En base a estos resultados no es posible apoyar la hipótesis de que los primeros auxilios psicológicos sean útiles para prevenir síntomas depresivos en pacientes afectados por un trauma reciente. Por último, se comentan las limitaciones metodológicas que pudieron haber influido en los resultados.

Introducción y formulación del problema

En Chile, cuatro de cada diez habitantes han reportado haber vivido una experiencia traumática (Zlotnick, Johnson, Kohn, Vicente, Rioseco & Saldivia, 2006). A su vez, se ha evidenciado que el estar expuesto a este tipo de eventos es un factor de riesgo para desarrollar sintomatología depresiva (MINSAL, 2013), como también de que existe una alta correlación entre haber vivido un trauma y desarrollar depresión (Morris, Compas & Garber, 2012). En Chile, la depresión es la enfermedad mental que más carga aporta al país (MINSAL, 2008), a raíz de esto en los últimos 15 años las estrategias en salud mental han estado orientadas a generar técnicas de detección temprana y métodos preventivos para esta y otras psicopatologías (Irrázaval, Prieto & Armijo, 2016). No obstante, es visible que dentro de la Guía Clínica de Depresión en personas de 15 años y más creada por el MINSAL el año 2013 no existen estrategias preventivas para enfermedad que apunten a intervenir en personas que hayan estado expuestas a experiencias de carácter traumático. De esta manera, se hace patente la importancia de evaluar tratamientos que busquen prevenir el desarrollo de depresión en personas que han sido afectados por un experiencia traumática.

Una estrategia que tiene por objetivo disminuir el estrés producto de un trauma y el posible desarrollo de algún problema de salud mental son los primeros auxilios psicológicos (PAP; Ruzek et al., 2007). Esta intervención se estructura modularmente y tiene por objetivo reducir el estrés inicial producto de una experiencia traumática (Brymer et al., 2006). En Chile, la práctica de los primeros auxilios psicológicos para prevenir psicopatologías no está ampliamente difundida (Figueroa, Marín & González, 2010; Pineda Marín & López-López, 2010). Según Pineda Marín y López-López, esto hace que se vuelva una necesidad el que se capacite a los profesionales de la salud mental con el fin de que sean los suficientemente competentes para llevar esta intervención a la comunidad, como también se logró tener una mayor cobertura en el servicio de salud mental y una mejoría en la capacidad de afrontamiento de las personas ante futuros desastres. Sin embargo, es preciso destacar que no existe certeza empírica contundente sobre la efectividad de PAP para tratar a personas luego de que sufrieran un evento traumático, ni que sean capaces de cumplir sus objetivos de intervención (Dieljtens, Moonens, Van Praet, De Buck & Vandekerckhove, 2014;

Shultz & Forbes, 2014). Es por esto, que dada su gran aceptación y difusión en la práctica para ser el primer modelo de intervención a aplicar en pacientes que hayan estado expuestos a experiencias traumáticas (PAHO, 2012), es necesario generar evidencia empírica de calidad para evaluar su efectividad en la prevención de psicopatologías, y en especial, dado el contexto chileno, de sintomatología depresiva.

El presente estudio se centró en evaluar la efectividad de los primeros auxilios psicológicos para prevenir síntomas depresivos en pacientes con trauma reciente en Chile. Para esto se realizó un análisis secundario de un ensayo clínico randomizado sobre una base de datos de pacientes afectados por un trauma reciente atendidos en distintos centros de urgencias de la Región Metropolitana.

Los contenidos del presente informe, que está presentado en formato artículo, cuentan con una introducción más detallada de lo estudiado sobre primeros auxilios psicológicos y su relación con síntomas depresivos en personas traumatizadas. También se presentan el objetivo general, los objetivos específicos y las hipótesis asociadas que se tuvieron en la realización de esta investigación. Luego, se exponen la metodología y el procedimiento aplicado, para después presentar los resultados, conclusiones y las limitaciones del estudio. Por último, se finaliza mostrando las referencias de la bibliografía utilizada, las tablas y figuras correspondientes a lo indicado en los distintos apartados del escrito.

**Efectividad de los Primeros Auxilios Psicológicos para prevenir síntomas
depresivos en pacientes con trauma reciente en Chile**

Cristian Contreras Arenas, Paula Errazuriz Arellano y Rodrigo A. Figueroa Cabello

Pontificia Universidad Católica de Chile

Nota del autor

Cristian Contreras, Escuela de psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile;
Paula Errazuriz, Escuela de psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile; Dr.
Rodrigo Figueroa, Departamento de Psiquiatría, Pontificia Universidad Católica de
Chile.

La correspondencia en relación a este artículo debe dirigirse a Cristian Contreras A.

Dirección electrónica: cecontreras@uc.cl

Resumen

Los primeros auxilios psicológicos (PAP) están ampliamente difundidos y validados por expertos como una de las primeras medidas de intervención para personas afectadas por un evento traumático. No obstante, a pesar de ser recomendados para brindar apoyo emocional, no existe evidencia empírica de calidad que valide su uso, lo cual hace que su difusión sea escasa en nuestro país. El presente estudio explora la eficacia de un ensayo clínico randomizado con el objetivo de evaluar la efectividad de los primeros auxilios psicológicos para prevenir síntomas depresivos comparados con un grupo de control. Formaron parte de la investigación 65 pacientes reclutados en servicios de urgencias de la Región Metropolitana que cumplieron con el requisito de haber sido expuestos a un evento traumático en las últimas 72 horas. Se asignaron aleatoriamente 32 participantes al grupo de control y 33 participantes al grupo PAP, el cual consistió en cinco pasos: Escucha activa; re-entrenamiento de la respiración; priorización de necesidades; derivación a redes de apoyo y psicoeducación. La medición de síntomas depresivos se hizo a través del Inventario de Depresión de Beck, mientras que para sintomatología de estrés postraumáticos se utilizó la *Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version* (PCL-C), en su versión en español. También se utilizaron mediciones para evaluar antecedentes de traumas previos y bienestar subjetivo. Los análisis estadísticos muestran que no hubo una diferencia significativa de síntomas depresivos entre los dos grupos un mes después de aplicadas las intervenciones. En base a estos resultados preliminares no es posible apoyar la hipótesis de que los primeros auxilios psicológicos sean útiles para prevenir síntomas depresivos en pacientes afectados por un trauma reciente. Por último, se discuten limitaciones metodológicas que pudieron haber influido en los resultados.

Palabras claves: primeros auxilios psicológicos, depresión, trauma, ensayo clínico randomizado, Chile

En Chile, cuatro de cada diez habitantes ha reportado haber vivido una experiencia traumática (Zlotnick et al., 2006). A su vez, se ha evidenciado que el estar expuesto a este tipo de eventos es un factor de riesgo para desarrollar sintomatología depresiva (MINSAL, 2013), como también de que existe una alta correlación entre haber vivido un trauma y desarrollar depresión (Morris, Compas & Garber, 2012). En Chile, la depresión es la enfermedad mental que más carga aporta al país (MINSAL, 2008), a raíz de esto en los últimos 15 años las estrategias en salud mental han estado orientadas a generar técnicas de detección temprana y métodos preventivos para esta y otras psicopatologías (Irrázaval, Prieto & Armijo, 2016). No obstante, es visible que dentro de la Guía Clínica de Depresión en personas de 15 años y más creada por el MINSAL el año 2013 no existen estrategias preventivas para enfermedad que apunten a intervenir en personas que hayan estado expuestas a experiencias de carácter traumático. De esta manera, se hace patente la importancia de evaluar tratamientos que busquen prevenir el desarrollo de depresión en personas que han sido afectados por un experiencia traumática.

Una estrategia que tiene por objetivo disminuir el estrés producto de un trauma y el posible desarrollo de algún problema de salud mental son los primeros auxilios psicológicos (PAP; Ruzek et al., 2007). Esta intervención se estructura modularmente y tiene por objetivo reducir el estrés inicial producto de una experiencia traumática (Brymer et al., 2006). En Chile, la práctica de los primeros auxilios psicológicos para prevenir psicopatologías no está ampliamente difundida (Figuroa, Marín & González, 2010; Pineda Marín & López-López, 2010). Según Pineda Marín y López-López, esto hace que se vuelva una necesidad el que se capacite a los profesionales de la salud mental con el fin de que sean los

suficientemente competentes para llevar esta intervención a la comunidad, como también se logró tener una mayor cobertura en el servicio de salud mental y una mejoría en la capacidad de afrontamiento de las personas ante futuros desastres. Sin embargo, es preciso destacar que no existe certeza empírica contundente sobre la efectividad de PAP para tratar a personas luego de que sufrieran un evento traumático, ni que sean capaces de cumplir sus objetivos de intervención (Dieltjens, Moonens, Van Praet, De Buck & Vandekerckhove, 2014; Shultz & Forbes, 2014). Es por esto, que dada su gran aceptación y difusión en la práctica para ser el primer modelo de intervención a aplicar en pacientes que hayan estado expuestos a experiencias traumáticas (PAHO, 2012), es necesario generar evidencia empírica de calidad para evaluar su efectividad en la prevención de psicopatologías, y en especial, dado el contexto chileno, de sintomatología depresiva.

El presente estudio se centró en evaluar la efectividad de los primeros auxilios psicológicos para prevenir síntomas depresivos en pacientes con trauma reciente en Chile. Para esto se realizó un análisis secundario de un ensayo clínico randomizado sobre una base de datos de pacientes afectados por un trauma reciente atendidos en distintos centros de urgencias de la Región Metropolitana.

Experiencias traumáticas y su impacto en la salud mental

Según el DSM-5 (APA, 2013), una experiencia traumática se define como un evento en el cual un individuo se ve expuesto a un suceso de muerte, ya sea real o de amenaza, a lesiones físicas importantes o agresiones sexuales, en las que se puede ver involucrado como víctima directa, como testigo presencial, o como cercano a la persona agredida. Un 50% de la población mundial ha reportado vivir una

experiencia traumática (Pérez Benítez et al., 2009). En Chile, el panorama no es muy diferente, ya que alrededor del 40% de los chilenos ha tenido alguna experiencia de este tipo en su vida, ubicándose en una posición intermedia con otros países del mundo, como por ejemplo México (80%), Estados Unidos (50%) y Alemania (20%; Zlotnick et al., 2006).

Por lo general, el estar expuesto a un evento de carácter traumático conlleva un alto grado de tensión psicológica, la que dependiendo de ciertos factores puede traducirse en el desarrollo de una psicopatología. Dentro de estas, las más comunes suelen ser el trastorno de estrés postraumático (TEPT), los trastornos depresivos y los trastornos ansiosos (Moreau & Zisook, 2002). En nuestro país, según Zlotnick y colegas, el tipo de trauma más prevalente es el presenciar la muerte o accidente de otro, seguido de un accidente inesperado y una agresión física, lo cual es válido para ambos sexos. A su vez, los factores de riesgo para desarrollar una psicopatología post-trauma son el ser de género femenino, que el tipo de trauma sea interpersonal, o haber vivido una experiencia traumática en la niñez (Vitriol et al., 2014). Por último, cabe mencionar que el vivir una experiencia traumática aumenta el riesgo de padecer un trastorno por consumo de sustancias, un mayor déficit en las relaciones interpersonales y más trastornos físicos (Center for Substance Abuse Treatment, 2014).

Sin embargo, Bonano (2004) señala que más de la mitad de las personas no presentan mayores afectaciones en su funcionamiento general luego de haber sufrido un evento potencialmente traumático (ETP). En base a lo anterior, Bonanno, Westphal y Mancini (2011) constataron que existen cuatro trayectorias típicas

posibles luego de haber vivido un EPT, las cuales son: la resiliencia, la recuperación, el estrés retardado y el estrés crónico, siendo las dos primeras las más comunes, ya que entre ambas prevalecen en más de un 50% de los casos. Tal como explican los autores, la resiliencia se caracteriza por el mantener un nivel estable de funcionamiento saludable y un deterioro mínimo después del EPT. A diferencia de la anterior, la recuperación se comprende como un periodo de deterioro más elevado luego del evento en el que pueden aparecer síntomas asociados al trauma, pero que a medida pasa el tiempo estos disminuyen y se logra retornar a niveles estables de funcionamiento. Por otro lado, el estrés retardado hace referencia a experimentar síntomas y un deterioro moderado luego del evento, cuadro que va empeorando gradualmente con el paso del tiempo. Por último, el desarrollar una trayectoria de estrés crónico significa que la persona presenta un importante deterioro en su funcionamiento en el cual aparecen síntomas agudos asociados al trauma, periodo que puede mantenerse por más de un año luego del EPT.

Al tener en cuenta lo anterior, cabe destacar que la incidencia de desarrollar una enfermedad de salud mental luego de un evento potencialmente traumático es más probable cuando la exposición a este genera una trayectoria más severa o prolongada, lo cual generalmente ocurre en menos de un 30% de los casos (Bonanno et al., 2011).

Sintomatología Depresiva y Experiencias Traumáticas

Los trastornos depresivos se caracterizan por presentar un patrón de ánimo triste, vacío o irritable, el cual se suma a déficits fisiológicos y cognitivos que afligen notablemente a una persona y a su funcionamiento general, dentro de los cuales el

más común es el trastorno depresivo mayor (APA, 2013). La depresión ocupa el tercer puesto en la carga de enfermedad mundial, afectando alrededor de 98.7 millones de personas (Mathers, Fat & Boerma, 2008). También se asocia a una alta mortalidad y un mayor déficit económico (Vitriol et al., 2017). En el 2004 en Chile, los trastornos depresivos unipolares fueron la segunda causa de pérdida de años ajustados por capacidad (AVISA) con un 4,5% y la primera entre las mujeres entre 20 y 44 años, lo cual significa que se perdieron 169.769 años de vida saludable en la población a causa de esta patología en dicho año (MINSAL, 2008). A su vez, según la Encuesta Nacional de Salud en el 2010, el 21,67% de las personas adultas encuestadas reportó haber sido diagnosticada con depresión alguna vez en sus vidas; además determinaron que esta es más prevalente en personas con bajo nivel educacional (MINSAL, 2010). Por otro lado, tal como señala el Ministerio de Salud (2013), los posibles factores de riesgos que pueden aportar a la incidencia de esta psicopatología son: El ser mujer; el situarse en edad laboral entre 25 y 64 años; el estar expuesto a situaciones de violencia familiar; el tener historia familiar de depresión e inestabilidad laboral; el haber vivido eventos traumáticos o estresantes, entre otros. Por último, es necesario explicitar que si bien la depresión fue incorporada dentro de las Garantías Explícitas de Salud (GES), en el año 2006, a la fecha no ha habido una disminución relevante de síntomas depresivos en la población, siendo esta solo de un 0,3% entre los años 2003 y 2009 (Errázuriz, Valdés, Vöhringer & Calvo, 2015).

Estudios actuales señalan que la exposición a un trauma aumenta al doble el riesgo de sufrir un trastorno depresivo mayor (TDM; Dunn, Nishimi, Powers & Bradley, 2017), dando cuenta así de la relevancia de esta asociación. A su vez, según

lo reportado en la literatura existe una mayor probabilidad de desarrollar psicopatologías si el trauma es de carácter intencional (Van der Westhuizen, Wyatt, Williams, Stein & Sorsdahl, 2014).

En otras investigaciones, se ha propuesto la existencia de factores que determinan la incidencia de sintomatología depresiva o de sintomatología de estrés post-traumático (Tracy, Norris & Galea, 2011). De esta manera, los autores exponen que el desarrollo de síntomas de estrés post-traumático tienen una relación directa con la exposición al evento traumático en sí. Mientras que el riesgo de desarrollar síntomas depresivos está vinculado a la vulnerabilidad personal previa y a los estresores contextuales que son consecuentes de una tragedia. Es por lo anterior, que Tracy y colegas concluyen que el brindar apoyo suficiente para que disminuyan los estresores no traumáticos luego de una tragedia debería ser prioridad en los planes de intervención para prevenir el desarrollo de psicopatologías.

Primeros Auxilios Psicológicos en el Mundo y en Chile

Los primeros auxilios psicológicos se definen como un conjunto sistemático de acciones que están dirigidas a reducir el estrés psicológico inicial producto de una experiencia traumática y apoyar el funcionamiento adaptativo tanto a corto como a largo plazo (Ruzek et al., 2007). Los primeros auxilios psicológicos se dividen en ocho componentes como método de trabajo, los cuales son descritos en la Tabla 1. Dadas sus características, esta intervención está pensada para ser usada dentro de las primeras 72 horas después del evento traumático (OPS, 2009).

Los primeros auxilios psicológicos (PAP) son recomendados por grupos de expertos internacionales, tales como la Organización Mundial de la Salud y El

Comité Permanente entre Organismos en Salud Mental y Apoyo Psicosocial (PAHO, 2012) como la primera intervención temprana para tratar las crisis en salud mental y están ampliamente aceptados como la primera medida de tratamiento para desastres (Bisson & Lewis, 2009; Shultz & Forbes, 2014). La conceptualización más aceptada internacionalmente es la entregada por el U.S. National Center for PTSD y la National Child Stress Network (Pekevski, 2013). Por otro lado, revisiones de la literatura sobre PAP demuestran que estos están ampliamente apoyados por el juicio de expertos y por la observación objetiva, lo cual los ubica en un nivel de evidencia intermedio, debido a que no existen estudios que evalúen su eficacia (Fox et al., 2012). No obstante, esta intervención se basa en cinco principios empíricamente fundamentados que han demostrado facilitar la resiliencia y la recuperación post-trauma, los cuales son: Seguridad, calma, esperanza, autoeficacia y conectividad (Hobfoll et al., 2007). De manera que se considera que el uso de PAP es vital como primera medida para asegurar atención, comodidad y apoyo a las personas expuesta a un trauma (Fox et al., 2012).

A pesar de la falta de pruebas empíricas sobre la efectividad de PAP, la literatura disponible destaca que esta intervención está diseñada como una medida para facilitar la recuperación post-trauma (Brymer et al., 2006), independientemente de si el paciente estuviera en una trayectoria post traumática patológica o en una de resiliencia o recuperación. A su vez, se recomienda el uso de PAP en las primeras dos semanas luego del evento traumático debido a que esta intervención posee un bajo riesgo de iatrogenia y es sencilla de ocupar, ya que no es necesario que un profesional de la salud mental sea quien aplique este método (Figuroa et al., 2016). Por último, dentro de las ventajas del uso de los primeros auxilios psicológicos se

acentúa el desarrollo de estrategias que permiten brindar un apoyo más personalizado y flexible, recolectar datos tanto de manera rápida como efectiva, y ser utilizados en una amplia gama de situaciones estresantes o de desastres (Brymer et al., 2006).

Primeros Auxilios Psicológicos y Síntomas Depresivos

Al tener en cuenta que existe poca evidencia científica que haya evaluado la eficacia de PAP para prevenir psicopatologías, se vuelve prioritario para el presente estudio el conocer si PAP podría ser un buen método de intervención para disminuir la incidencia de síntomas depresivos en personas que hayan estado expuesta a eventos traumáticos. En esta línea, es necesario señalar el estudio llevado a cabo por Everly, Lating, Sherman y Goncher (2016), quienes evaluaron la eficacia potencial de PAP en el estado de ánimo y en ansiedad, variables que fueron medidas a través de instrumentos de auto reporte. En la investigación participaron 42 sujetos, a los que se les pidió discutir un episodio estresante que hubieran experimentado en su vida, luego fueron asignados aleatoriamente a PAP y a un grupo de control. Los resultados, demostraron que los participantes que recibieron PAP tuvieron menos niveles de ansiedad y una mejora del estado de ánimo, aunque esta última no fue estadísticamente significativa. Por otro lado, cabe destacar que el presente estudio no estuvo exento de limitaciones, siendo las más importante el que no se aplicó la intervención en su totalidad y que la muestra fue pequeña (Everly et al., 2016).

Para analizar la relación entre PAP y síntomas depresivos es necesario profundizar en dos de los principios empíricos en los que está basada esta intervención, los cuales son la promoción de la calma y la autoeficacia. Hobfoll y colegas (2007) señalan que estados prolongados de una alta respuesta emocional

pueden llevar a desarrollar depresión, agitación y problemas somáticos, por lo que plantean que la promoción de la calma es un punto esencial a incluir en una intervención post-trauma. Esta se puede lograr a través del re-entrenamiento de la respiración o relajación. Dentro de este mismo principio, los autores proponen que también se debe incluir la evaluación de resolución de problemas, debido a que se ha demostrado que esta promueve un mejor auto concepto y disminuye los niveles de depresión y ansiedad. Por otra parte, tal como Hobfoll y colegas señalan, el promover la autoeficacia post-trauma es útil para mejorar la regulación emocional y resolver conflictos posteriores al evento que se pueden generar en el ámbito de las relaciones interpersonales o en el asumir las pérdidas de bienes.

El objetivo principal del presente estudio fue evaluar si los PAP son útiles para prevenir el desarrollo de sintomatología depresiva luego de un mes aplicada la intervención, en pacientes chilenos con trauma reciente (72 horas), atendidos en servicios de urgencia. Se hipotetizó que el grupo de participantes que reciba la intervención (PAP) tendrá menos sintomatología depresiva luego de un mes, en comparación con el grupo que reciba solamente psicoeducación (PE; grupo de control).

Método

Para testear la hipótesis anteriormente explicitada se hizo uso de una metodología cuantitativa sobre una base de datos secundaria recolectada entre los años 2015 y 2016 (Figueroa et al., 2017), que será descrita a continuación. Cabe destacar que esta fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela de Medicina de Pontificia Universidad Católica de Chile y fue financiada por el

Centro Nacional de Investigación para la Gestión Integrada de Desastres Naturales (CIGIDEN).

Participantes

Los participantes de esta investigación accedieron a colaborar a través de reclutadores, quienes fueron asignados a distintos centros de urgencias de la Región Metropolitana. Estos fueron el Hospital Sotero del Río, la Red de Salud UC Christus, el Hospital Barros Luco, La Asociación Chilena de Seguridad (ACHS) y el Hospital Padre Hurtado. Una vez asignados los reclutadores a sus centros, tuvieron la tarea de buscar activamente pacientes que fueran categorizados como críticos, en emergencia y en urgencia; o a cualquier persona que estuviera muy afectada emocionalmente. Para ser seleccionados estos debían cumplir los siguientes requisitos de inclusión: Ser mayor de 18 años; haber vivido una experiencia que represente un riesgo vital para la integridad física o sexual, ya sea en primera persona, como familiar o como testigo y que no hayan transcurrido más 72 horas después del evento traumático.

Mientras que los criterios para ser descartados fueron los siguientes: El no hablar español; el haber sido considerado un riesgo para el proveedor (es decir: paciente agitado o violento), haber tenido analfabetismo real o funcional; el no haber contado con al menos dos teléfonos de contacto confiables; el que hubiera riesgo vital del participante; el que hubiera padecido de amnesia (no recuerda bien el evento traumático) o psicosis (alucinaciones o ideas delirantes); el que hubiera tenido compromiso de conciencia (confuso o soporoso); el haber estado intoxicado por fármacos o sustancias; el haber llegado por un intento suicida o que la experiencia traumática sufrida sea de carácter intencional. Si el participante cumplía con estos

requisitos se le entregaba un folleto en cual se le explicaba el estudio en cuestión y se le invitaba a ser parte de él. Solo un 20% de los invitados aceptaron participar en la investigación, siendo estos 221 participantes (91 hombres y 130 mujeres), de los cuales solo 151 completaron la evaluación inicial. Un mes después se realizó una segunda evaluación, la cual constituye la fase de seguimiento. La muestra final de este estudio se compuso de los 65 participantes que contestaron el Inventario de Depresión de Beck en su segunda versión en la fase de seguimiento. De esta manera, se debe tener en cuenta que hubo una pérdida muestral de un 70% de los participantes entre las evaluaciones.

Instrumentos

Sintomatología depresiva. Los síntomas depresivos fueron evaluados a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 2006). Este instrumento consta de 21 ítems, y está diseñado en formato de auto reporte para evaluar la gravedad de síntomas depresivos en personas mayores de 13 años (Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003). Con una puntuación inferior a 13 puntos se considera que la persona no padece de depresión, mientras que entre 13 y 22 puntos se considera depresión leve, entre 23 y 27 puntos depresión moderada y si esta es superior a 27 se estima una depresión grave (Beck, Steer & Brown, 2006). En este estudio se usó la traducción y adaptación de Sanz, Perdigón y Vázquez (2003), la cual posee una consistencia interna de un alfa de Cronbach de .87.

Síntomas de estrés-postraumáticos. Los síntomas de trauma actual se midieron través de la *Posttraumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version* (PCL-C), en su versión en español (Marshall, 2004). Este es un instrumento de 17

ítems que busca medir síntomas de TEPT en el último mes a través de una escala Likert de 1-5 puntos. La puntuación máxima es de 85 puntos y la mínima de 17 (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley & Forneris, 1996). La versión en inglés ha demostrado una alta correlación ($r = 0.92$) con la *Clinician Administered PTSD Scale* (CAPS; Blanchard et al, 1996). A su vez, se ha comprobado que la versión española de este test es equivalente en sus propiedades psicométricas a la versión en inglés (Marshall, 2004; Miles, Marshall & Schell, 2008). En Chile, la PCL-C ha exhibido resultados igual de confiables ya que según el estudio guiado por Vera-Villaruel, Celis-Atenas, Córdova-Rubio, Zych y Buela-Casal (2011), esta tuvo una consistencia interna de .89 (alfa de Cronbach), en personas afectadas por el terremoto del 2010.

Experiencias traumáticas previas. La carga de traumas previos se midió a través del Cuestionario para Experiencias Traumáticas (TQ; García-Portilla, Bascarán, Sáiz, Bousoño & Bobes, 2006). Este es un instrumento de auto reporte que consta de 19 ítems que evalúan la existencia de acontecimientos adversos a lo largo de la vida, a qué edad ocurrieron y cuánto tiempo duraron. Además, posee 27 ítems que se vinculan a los síntomas de TEPT (18 ítems) y a las características del evento (9 ítems); según el acontecimiento que el paciente reportó como el más adverso en su vida (Bobes et al., 2000). Estos ítems se cuantifican a través de una escala dicotómica (sí o no), que se puntúa con 0 o 1. El puntaje máximo es de 18 puntos, que hace referencia a la mayor gravedad de los síntomas TEPT, y el menor es de 0 puntos, lo que significa ausencia de síntomas (Bobes et al., 2000). El TQ solo ha demostrado tener una validez adecuada y se ocupa como un instrumento de screening y no de diagnóstico para TEPT (Escalona, Tupler, Saur, Krishnan & Davidson, 1997).

Escala visual análoga. Se creó una escala visual análoga (EVA) en el momento en que finalizaron las intervenciones para evaluar el bienestar subjetivo de los participantes. Esta consiste en una escala Likert de 0 a 10, en la que 0 corresponde a que los participantes se sintieran “muchísimo peor” luego de haber recibido la intervención, y un valor de 10 corresponde a haberse sentido “muchísimo mejor”.

Variables demográficas. Se administró un cuestionario demográfico para recolectar datos relevantes en los participantes, tales como edad, género, estado civil, escolaridad, familia e idioma nativo.

Procedimiento

Los participantes fueron evaluados en el centro de urgencias en el mismo instante en que fueron reclutados y aceptaron participar de la investigación (pre-test). Luego fueron evaluados un mes después de recibida las intervenciones (post-test). En la primera medición se evaluaron todos los test anteriormente descritos, mientras que en la segunda solo se midieron los síntomas depresivos y de estrés postraumático.

Una vez realizada la primera evaluación, los participantes fueron asignados aleatoriamente al grupo PAP y al grupo de control que solo recibió psicoeducación (PE). En este caso, los primeros auxilios psicológicos consistieron en cinco pasos: brindar una escucha activa (10 a 20 minutos, según necesidad), hacer re-entrenamiento de la respiración (si fuera apropiado, 5 a 10 minutos según tolerancia del paciente), categorizar las necesidades del paciente (si requiere información, contacto con familiar, orientación, etc.), derivar a redes de apoyo en caso de ser necesario, psicoeducar con respecto a episodios de crisis y cómo afrontarlos (a través

de un folleto) y por último, explicarle cómo iba a ser el seguimiento al paciente. Para el grupo de control, la intervención psicoeducativa fue equivalente a la psicoeducación hecha en el grupo PAP. La duración de las intervenciones fueron de alrededor de 30 minutos para PAP y de 10 minutos para el grupo de control.

Por último, el seguimiento se hizo un mes después de realizada la intervención. En una primera instancia se contactó a los participantes vía telefónica para citarlos en grupo, no obstante estos tuvieron una alta tasa de inasistencia a pesar de que hubo un pago en dinero por concepto de traslado (\$10.000). A raíz de lo anterior, se decidió hacer las evaluaciones vía telefónica, en las que no se administró el BDI-II ni la PCL-C. Los participantes y el procedimiento del estudio se pueden observar en la figura 1.

Análisis de datos

Previo al análisis de datos, se evaluó la normalidad tanto univariada como multivariada de la muestra a través de la estimación de la simetría y curtosis de los datos. En esta se concluyó que los datos no se distribuyen normativamente, de manera que para los análisis de comparación de grupos se usó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Se realizó un análisis comparativo entre las distribuciones de las estadísticas basales de ambos grupos (Tabla 2), mediante una prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes con el fin de corroborar que no hubieran diferencias significativas entre los grupos en el pretest.

Luego, se llevó a cabo una regresión múltiple para predecir los síntomas depresivos en el post-test (BDI-II post-test) usando como predictores: la

intervención, los síntomas depresivos basales (BDI-II pre-test), los síntomas de estrés postraumático basales (PCL-C basal), las experiencias traumáticas previas (TQ basal), la edad, el género, los años completados de educación (Escolaridad) y si actualmente los participantes se encuentran con trabajo (Trabajo). La ecuación de la regresión se presenta a continuación, $BDI-II \text{ post-test} = b_0 + b_{\text{intervención}} + b_{BDI-II \text{ basal}} + b_{PCL-C \text{ basal}} + b_{TQ} + b_{\text{edad}} + b_{\text{género}} + b_{\text{escolaridad}} + b_{\text{trabajo}} + e$.

Dado que la muestra a analizar es pequeña, se hizo una estimación de poder estadístico. Para esto, se realizó una búsqueda de puntos de referencia en la literatura. Debido a la inexistencia de tamaños de efectos en PAP, esta búsqueda se focalizó en evaluar intervenciones psicoeducativas y de resolución de problemas para depresión, dado que estos son componentes integrados en los primeros auxilios psicológicos. En esta se encontró un metanálisis llevado a cabo por Donker, Griffiths, Cuijpers y Christensen (2009), quienes reportan una magnitud de efecto leve a moderada ($d = .20$) para intervenciones psicoeducativas pasivas que buscan tratar depresión. Mientras que para el caso de terapia en resolución de problemas, se observó un tamaño de efecto moderado ($d = .40$) según lo reportado por el estudio metanalítico de Bell y D'Zurilla en el 2009. En base a lo anterior, se utilizó un tamaño efecto leve a moderado con un $d = .20$ para evaluar si se poseía suficiente poder estadístico en los análisis de expuestos.

Por último, se realizaron dos análisis secundarios para evaluar si la pérdida de datos fue de carácter aleatorio o sistemático. De esta manera, se realizó un análisis comparativo entre las distribuciones de las estadísticas basales del grupo inicial de participantes ($N = 221$) con las del grupo de seguimiento ($N = 65$), mediante una

prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes. Luego, se llevó cabo una regresión logística con el fin de generar un modelo predictivo de la adherencia al seguimiento. En esta se tuvo como variable a predecir si las personas tuvieron o no seguimiento. Las variables predictoras fueron los síntomas depresivos y de TEPT basales; además del bienestar subjetivo inmediato después de la intervención (EVA). La ecuación de la regresión logística se presenta a continuación, probabilidad de que haya tenido seguimiento = $\frac{e^a + b_1 \times \text{BDI-II}_{\text{basal}} + b_2 \times \text{PCL-C}_{\text{basal}} + b_3 \times \text{EVA}}{1 + e^a + b_1 \times \text{BDI-II}_{\text{basal}} + b_2 \times \text{PCL-C}_{\text{basal}} + b_3 \times \text{EVA}}$. Los análisis estadísticos mencionados se hicieron a través de IBM SPSS Statistics 24 y para el análisis de poder se utilizó el programa G-Power.

Resultados

De los 65 pacientes, 41.5% fueron hombres, 58.8% fueron mujeres y 49.2% estaban casados. El promedio de edad fue de 47.54 años ($SD = 17.34$ años). Mientras que un 61,5% de la muestra se encontraba con trabajo y un 61,5% tenía escolaridad completa. Los niveles de depresión basales fueron leves en su rango medio según lo reportado por el BDI-II ($M = 16.29$, $SD = 11.8$). La distribución de la muestra por severidad de los síntomas depresivos mostró que un 47.8% presentó una ausencia de depresión, un 22.2% una depresión leve, un 10.1% una depresión moderada y un 19.8% una depresión severa. Los niveles de depresión un mes después de la intervención también fueron leves en su rango medio según lo reportado por el BDI-II ($M = 15.14$, $SD = 10.9$), no obstante, hubo una disminución de puntajes.

No hubieron diferencias significativas entre los dos grupos en términos de las siguientes variables: edad, escolaridad, síntomas basales de depresión, síntomas

basales de estrés postraumático, experiencias traumáticas previas, estado civil, trabajo y género (Tabla 2).

Los resultados de la regresión múltiple para predecir los síntomas depresivos en el post-test basados en la intervención y controlando por síntomas basales de depresión y estrés postraumático, experiencias traumáticas previas, edad, género, escolaridad y trabajo, explicaron el 61% de la varianza ($R^2 = .61$, $F(9,51) = 9.1$, $p < .01$). Se encontró que la intervención no predice cambio en los síntomas depresivos en el post-test. También se observó que ni los síntomas basales de estrés postraumático, ni las experiencias traumáticas previas como tampoco la edad, el género, la escolaridad y el trabajo, fueron predictores estadísticamente significativos de los síntomas depresivos post-test. Los resultados de la regresión se muestran en la Tabla 3.

Se constató que los síntomas basales de depresión ($\beta = .64$, $p < 0.1$) son la única variable que predice significativamente los síntomas depresivos en el post-test. La comparación de los niveles de síntomas depresivos por grupo pre-test y post-test se muestran en la Figura 2.

Se segmentó la muestra por severidad al generar un subgrupo con los participantes que presentaron mayores síntomas depresivos en el pre-test, lo cual se evaluó por un puntaje de síntomas basales de depresión según el BDI-II mayor a 18 puntos ($N = 22$). Luego, con el objetivo de examinar si la aplicación de PAP tuvo un efecto significativo en disminuir los síntomas depresivos en las personas con mayor severidad, se realizó una prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes con el fin de comparar la diferencia de los síntomas de depresión entre el pre-test y el

post-test de este subgrupo en las condiciones de PAP y PE. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas ($U = 46.5$ $z = -.921$, $p > .05$) entre las condiciones de PAP ni de PE.

Las conclusiones del análisis de poder estadístico demostraron que se necesitaría una muestra total de 68 casos para detectar un tamaño de efecto leve a moderado. Por lo tanto, se puede aseverar que el análisis de regresión múltiple no contaba con los casos suficientes para estimar resultados estadísticamente significativos.

Por último, según la prueba U de Mann-Whitney no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo inicial y el grupo de seguimiento en las siguientes variables: edad, escolaridad, síntomas basales de depresión, síntomas basales de estrés postraumático, experiencias traumáticas previas, estado civil, trabajo y género. Por otro lado, los resultados de la regresión logística demostraron que los niveles basales de síntomas depresivos no fueron predictores estadísticamente significativos de la probabilidad de que los participantes adhirieran al seguimiento, como tampoco los síntomas estrés postraumático. En cambio, se observó que el nivel de bienestar subjetivo percibido por los participantes inmediatamente después de la intervención, si fue un predictor estadísticamente significativo de la probabilidad de que los participantes adhirieran al seguimiento ($\beta = .201$, $p = .02$). De manera que se puede afirmar que los sujetos que reportaron sentirse mejor luego de haber recibido la intervención tuvieron una mayor probabilidad de adherir a la fase de seguimiento.

Conclusiones

La presente investigación examinó la efectividad de los primeros auxilios psicológicos para prevenir los síntomas depresivos en personas que hayan estado expuestas a un experiencia traumática reciente. Para cumplir este objetivo, se realizó una regresión múltiple para evaluar si existen diferencias significativas en los niveles de depresión entre el grupo de participantes que recibió PAP y el que recibió PE.

Los resultados de este estudio sugieren que los primeros auxilios psicológicos no fueron eficaces para disminuir los síntomas depresivos en pacientes expuestos a una experiencia traumática reciente. Esto se fundamenta en que no se encontraron diferencias significativas en los niveles de depresión entre el grupo que recibió PAP versus el grupo que recibió PE luego de un mes de haber sido aplicadas estas intervenciones. Por otro lado, como hallazgo secundario, se encontró que el único predictor que influye en los niveles de depresión post-test son los niveles de depresión basales. Sin embargo, tampoco se pudo comprobar la eficacia de los primeros de auxilios psicológicos sobre un subgrupo de pacientes con mayor severidad de síntomas depresivos. Dado estos resultados se puede afirmar que la intervención no parece tener efectos en los síntomas depresivos, lo que tampoco depende del nivel de depresión que los participantes presenten antes de recibir la intervención. No obstante, cabe tener en consideración que el tamaño muestral del subgrupo de pacientes con síntomas depresivos severos era limitado, lo cual pudo haber influido en que no se encontraran efectos importantes. A pesar de lo anterior, se postula la necesidad de evaluar los síntomas depresivos en pacientes con trauma reciente si se desea predecir los niveles de depresión a futuro y así poder intervenir bajo estas estimaciones.

Según los resultados, se demuestra que los primeros auxilios psicológicos no son eficaces para disminuir síntomas depresivos, lo cual se condice con la investigación realizada por Everly y colegas (2016) quienes encontraron una mejoría en el ánimo de sus participantes pero que no fue estadísticamente significativa. Este hallazgo se comprende a raíz de que si bien los primeros auxilios psicológicos están basados en principios que han demostrado ser útiles para disminuir sintomatología depresiva (Hobfoll et al., 2007), su principal objetivo es reducir el estrés psicológico inicial y brindar soporte emocional a las personas afectadas por una experiencia traumática (Ruzek et al., 2007). De esta forma, es posible suponer que no están diseñados específicamente para prevenir o tratar síntomas de depresión por lo que se comprende el hecho de que no hayan causado el efecto esperado en este estudio. Dado lo anterior, para futuras investigaciones consideramos que sería importante plantear la hipótesis de que el efecto de los primeros auxilios psicológicos sobre síntomas depresivos este mediado por los síntomas de estrés post-traumático debido a que se ha detectado existe una relación relevante entre estos (Figueroa, 2017, en vías de publicación).

A su vez, se encontró que los participantes que reportaron sentirse mejor en el momento posterior a haber recibido la intervención fueron quienes tuvieron más probabilidades de adherir a la fase de seguimiento. Una explicación a este fenómeno es que posiblemente estos pacientes hayan encontrado un mayor beneficio a los primeros auxilios psicológicos, y por lo tanto estuvieran más motivados en seguir siendo parte de la investigación. Por otro lado, es factible plantear que dichos participantes se encontraban en una trayectoria post traumática más saludable, ya sea de recuperación o resiliencia (Bonano et al., 2004), lo cual aportó a que estos se

sintieran mejor luego de la intervención y accedieran a seguir participando, ya que sus síntomas depresivos fueron más leves en el post-test.

Los hallazgos de este estudio deben leerse con cautela debido a que este no está exento de limitaciones, siendo la principal la importante pérdida de participantes en la fase de seguimiento, lo cual redujo considerablemente la muestra a ser analizada. Lo anterior produjo una pérdida de potencia estadística ya que no se contaron con los casos suficientes para detectar una magnitud de efecto leve a moderada, la cual fue estimada en base a una revisión en la literatura de tamaños de efectos de intervenciones similares a PAP. En base a lo anterior, postulamos la necesidad de utilizar métodos estadísticos que colaboren a compensar la pérdida de datos, como por ejemplo, el uso de imputaciones múltiples.

En contraste, también aportó como obstáculo el hecho de que en este estudio no se incluyeran personas que hayan estado expuestas a un trauma de carácter intencional, siendo que este es el trauma que está mayormente ligado a la incidencia de psicopatologías (Van der Westhuizen et al., 2014), por lo que se plantea que para futuros estudios sería relevante incluir este tipo de experiencia. A su vez, no hubo grupo de control inactivo y existió una la dificultad para evaluar la adherencia al protocolo de intervención. Esto último se debió, en mayor medida, a que este estudio se realizó en un ambiente ecológicamente válido como son los servicios urgencia por lo que hubieron variables que no fueron posibles de controlar.

A pesar de las limitaciones, este estudio es uno de los primeros ensayos clínicos randomizados que busca testear la efectividad de los primeros auxilios psicológicos, de hecho solo se reporta un artículo con esta misma metodología en la

literatura (Figuroa, 2017, en vías de publicación). Además, es una de las primeras investigaciones en PAP realizada en Chile y con un seguimiento longitudinal de los participantes. En esta investigación también se destaca el hecho que los datos fueron recolectados con un máximo de 72 horas después del evento traumático, lo que se ajusta a las recomendaciones internacionales sobre la aplicación de los primeros auxilios psicológicos (OPS, 2009).

Finalmente, dados los resultados de este estudio se confirma la exigencia de seguir realizando investigaciones que busquen poner a prueba la efectividad de los primeros auxilios psicológicos con el fin de generar evidencia empírica de calidad que pueda apoyar o desestimar el uso de este método para la prevención de enfermedades en el área de la salud mental. De esta manera, se vuelve una necesidad el que se pueda replicar este estudio con un mayor número de participantes y una fase de seguimiento más ajustada a la incidencia de síntomas depresivos. También se propone replicar este estudio en un ambiente de laboratorio para aumentar la adherencia de los participantes al seguimiento, lo cual serviría para obtener un mayor control de variables externas que puedan haber influido en que los sujetos no finalizaran su participación en la investigación. Además, se recomienda seguir realizando estudios para encontrar métodos de intervención eficaces que tengan por objetivo prevenir la incidencia de depresión en personas que hayan estado expuestas a experiencias potencialmente traumáticas.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: Author.
- Bell, A. C. & D'Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review, 29*(4), 348-353.
- Blanchard, E., Jones-Alexander, J., Buckley, T. & Forneris, C. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL-C). *Behaviour Research and Therapy, 34*(8), 669-673. doi:10.1016/0005-7967(96)00033-2
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (2006). BDI-II, Inventario de Depresión de Beck (2ª ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Bisson, J. I. & Lewis, C. (2009). *Systematic Review of Psychological First Aid*. Commissioned by the World Health Organisation.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., Francois, M., Rico-Villademoros, F., González, M. P., ... & Bousoño, M. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Esp Psiquiatr, 28*(4), 207-218.
- Bonanno, G.A. (2004). Loss, trauma, and human resilience. *American psychologist, 59*(1), 20-28.
- Bonanno, G. A., Westphal, M. & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology, 7*, 511-535.
- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, S. A. & Vernberg, W. P. (2006). *Primeros Auxilios Psicológicos: Guía de Operaciones Prácticas*. (2a ed.).

- Center for Substance Abuse Treatment. (2014). *Trauma-informed care in behavioral health service*. Treatment Improvement Protocol (TIP) series, No. 57. Rockville, NY: Author
- Dieltjens, T., Moonens, I., Van Praet, K., De Buck, E. & Vandekerckhove, P. (2014). A systematic literature search on psychological first aid: Lack of evidence to develop guidelines. *PloS one*, 9(12).
- Donker, T., Griffiths, K. M., Cuijpers, P. & Christensen, H. (2009). Psychoeducation for depression, anxiety and psychological distress: a meta-analysis. *BMC medicine*, 7(1), 79.
- Dunn, E. C., Nishimi, K., Powers, A. & Bradley, B. (2017). Is developmental timing of trauma exposure associated with depressive and post-traumatic stress disorder symptoms in adulthood?. *Journal Of Psychiatric Research*, 84, 119-127. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.09.004
- Escalona, R., Tupler, L. A., Saur, C. D., Krishnan, K. R. R. & Davidson, J. R. (1997). Screening for trauma history on an inpatient affective-disorders unit: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 10(2), 299-305.
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000900011>
- Everly Jr, G. S., Lating, J. M., Sherman, M. F. & Goncher, I. (2016). The Potential Efficacy of Psychological First Aid on Self-Reported Anxiety and Mood: A Pilot Study. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(3), 233-235.

- Figueroa, R. A., Cortés, P. F., Accatino, L. & Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista médica de Chile*, 144(5), 643-655.
- Figueroa R., Cortés P., Marín H., Bronfman N., Miller C., Sullivan M., Gillibrand R. & Calderón L. (2017, mayo). *Primeros Auxilios Psicológicos: Ensayo Clínico randomizado de adultos afectados por un trauma no intencional en sala de urgencias*. Póster presentado al IV Congreso Internacional y V Encuentro Latinoamericano y del Caribe de Psicología de emergencias y desastres, Santiago, Chile.
- Figueroa, R. A., Marín, H. & González, M. (2010). Apoyo psicológico en desastres: Propuesta de un modelo de atención basado en revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Revista médica de Chile*, 138(2), 143-151.
- Fox, J. H., Burkle, F. M., Bass, J., Pia, F. A., Epstein, J. L. & Markenson, D. (2012). The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: research analysis of peer-reviewed literature from 1990-2010. *Disaster medicine and public health preparedness*, 6(3), 247-252.
- García-Portilla, M. P., Bascarán, F. M. T., Sáiz, M. P. A., Bousoño, G. M. & Bobes, G. J. (2006). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Ars Medica. 4ª edición.
- Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., Bryant, R. A., Brymer, M. J., Friedman, M. J., ... & Maguen, S. (2007). Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 70(4), 283-315.

- Irarrázaval, M., Prieto, F. & Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioethica*, 22(1), 37-50.
- Marshall, G. (2004). Posttraumatic Stress Disorder Symptom Checklist: factor structure and English-Spanish measurement invariance. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 223-230. doi:10.1023/B:JOTS.0000029265.56982.86
- Mathers, C., Fat, D.M. & Boerma, J.T. (2008) *The Global Burden of Disease: 2004 Update*. World Health Organization, Geneva.
- Miles, J., Marshall, G. & Schell, T. (2008). Spanish and English versions of the PTSD Checklist-Civilian version (PCL-C): testing for differential item functioning. *Journal of Traumatic Stress*, 21(4), 369-376. doi:10.1002/jts.20349
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2008). *Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible [Internet]*. Santiago: MINSAL. [consultado el 05 de mayo de 2017]. Disponible en: http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/04/Informe-final-carga_Enf_2007.pdf
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2010). *Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010*. Santiago: MINSAL.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2013). *Guía Clínica de la Depresión en personas de 15 años y más*. Santiago: MINSAL.
- Moreau, C. & Zisook, S. (2002). Rationale for a posttraumatic stress spectrum disorder. *Psychiatric Clinics Of North America*, 25(4), 775-790. doi:10.1016/S0193-953X(02)00019-9

- Morris, M. C., Compas, B. E. & Garber, J. (2012). Relations among posttraumatic stress disorder, comorbid major depression, and HPA function: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 32(4), 301-315.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2009). *Guía práctica de salud mental en situación de desastres*. Washington, D.C.: OPS
- Pan American Health Organization (PAHO). (2012). *Mental Health and Psychosocial Support in Disaster Situations in the Caribbean*. Washington, D.C.: PAHO
- Pekevski, J. (2013). First responders and psychological first aid. *J Emerg Manag*, 11(1), 39-48.
- Pineda Marín, C. & López-López, W. (2010). Atención Psicológica Postdesastres: Más que un "Guarde la Calma". Una Revisión de los Modelos de las Estrategias de Intervención. *Terapia psicológica*, 28(2), 155-160.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000200003>
- Pérez Benítez, C. I., Vicente, B., Zlotnick, C., Kohn, R., Johnson, J., Valdivia, S. & Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud mental*, 32(2), 145-153.
- Ruzek, J. I., Brymer, M. J., Jacobs, A. K., Layne, C. M., Vernberg, E. M. & Watson, P. J. (2007). Psychological First Aid. *Journal Of Mental Health Counseling*, 29(1), 17-49. doi:10.17744/mehc.29.1.5racqxjueafabgwp
- Sanz, J., Perdigón, A. L. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3).

- Shultz, J. M. & Forbes, D. (2014). Psychological first aid: Rapid proliferation and the search for evidence. *Disaster Health*, 2(1), 3-12.
- Tracy, M., Norris, F. H. & Galea, S. (2011). Differences in the determinants of posttraumatic stress disorder and depression after a mass traumatic event. *Depression and anxiety*, 28(8), 666-675.
- Van der Westhuizen, C., Wyatt, G., Williams, J. K., Stein, D. J. & Sorsdahl, K. (2014). Prevalence and predictors of mental disorders in intentionally and unintentionally injured emergency centre patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(9), 638
- Vera - Villarroel, P., Celis - Atenas, K., Córdova - Rubio, N., Zych, I. & Buela - Casal, G. (2011). Chilean Validation of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist–Civilian Version (PCL-C) after the Earthquake on February 27, 2010. *Psychological reports*, 109(1), 47-58.
- Vitriol, V., Cancino, A., Leiva-Bianchi, M., Serrano, C., Ballesteros, S., Asenjo, A., ... & Ormazábal, M. (2017). Childhood trauma and psychiatric comorbidities in patients with depressive disorder in primary care in Chile. *Journal of Trauma & Dissociation*, 18(2), 189–205.
- Vitriol, V., Cancino, A., Weil, K., Salgado, C., Asenjo, M. A. & Potthoff, S. (2014). Depression and psychological trauma: An overview integrating current research and specific evidence of studies in the treatment of depression in public mental health services in Chile. *Depression Research and Treatment*, 2014, 1–10. doi:10.1155/2014/608671

Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, R., Vicente, B., Rioseco, P. & Saldivia, S. (2006).

Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid disorders in Chile. *Psychological medicine*, 36(11), 1523-1533.

Tabla 1

Primeros Auxilios Psicológicos

Acciones principales	Objetivos
Contacto y encuentro	Responder a los encuentros iniciados por los afectados o iniciar el encuentro de un modo no invasivo, asistencial y compasivo
Seguridad y confort	Promover la seguridad inmediata, posterior y proveer confort físico y emocional
Estabilización	Tranquilizar y orientar emocionalmente a los afectados sobrepasados o desorientados
Recolección de información: Necesidades inmediatas y preocupaciones	Identificar las necesidades inmediatas y las preocupaciones, recopilar información adicional y adaptar las intervenciones de los primeros auxilios psicológicos a la realidad de cada paciente
Asistencia práctica	Ofrecer ayuda práctica a los afectados en la satisfacción de sus necesidades inmediatas y la resolución de sus preocupaciones
Conexión con redes de apoyo	Ayudar a lograr el contacto inmediato o posterior con las redes de apoyo cercanas y otras fuentes de ayuda, incluyendo la familia, amigos y recursos asistenciales de la comunidad
Información en afrontamiento	Informar acerca de las reacciones de estrés y afrontamiento, para aliviar el estrés y promover el funcionamiento adaptativo
Vinculación con servicios colaborativos	Vincular a los afectados con los servicios que necesiten ahora o en el futuro

Nota: Figueroa et al., 2010.

Tabla 2

Estadísticas basales por grupo y resultados de la comparación entre grupos.

Variable	PAP (N = 33)	PE (N = 32)	p-value <i>U</i>
BDI-II – M (SD)	16.32(12.2)	16.26(11.5)	.97
PCL-C	37.91(15.9)	38.68(14.1)	.77
TQ	2.7(1.8)	3.23 (3.1)	.93
Edad	49.18(14.8)	45.84(19.7)	.33
Género - N (%):			.72
Hombre	13(39.4)	14(43.8)	-
Mujer	20(60.6)	18(56.3)	-
Escolaridad – M (SD)	11.7(4.1)	12.13(3.8)	.69
Trabajo	18 (56.2)	22 (68.8)	.30
Estado Civil - N (%):			.14
Casado	19(59.4)	13(40.6)	-
Nunca se ha casado	8(25.0)	13(40.6)	-
Separado	4(12.5)	3(9.3)	-
Viudo	1(3.1)	3(9.3)	-

Nota: PE = Grupo psicoeducación; PAP = Grupo primeros auxilios psicológicos.

Tabla 3

Modelo predictivo de los síntomas depresivos post-test según BDI-II puntaje total

Variable	<i>b</i>	SE B	β
Constante	.191	6.63	
Intervención	.04	1.83	.00
BDI-II Basal	.64	.11	.73*
PCL-C Basal	.02	.09	.03
TQ	.32	.39	.08
Edad	.03	.05	.05
Género	.75	1.95	.04
Escolaridad	-.01	.25	.00
Trabajo	-.13	.44	-.03

Nota: $R^2 = .62$, * = $p < .01$

Figura 1. Flujograma de participantes y procedimiento. Adaptado de Figueroa et al., 2017. * = No se les administraron los test debido a que fueron evaluados vía telefónica.

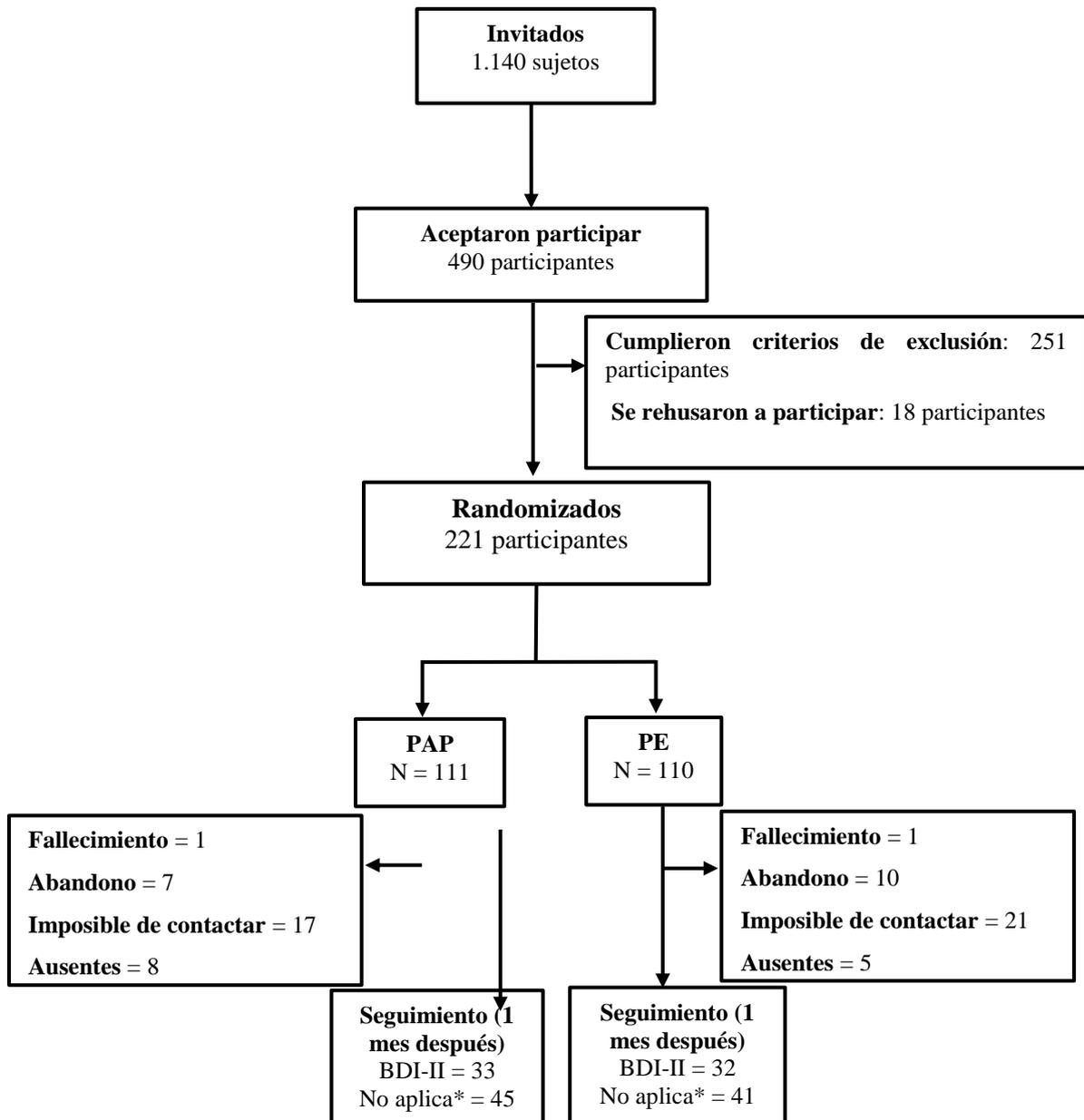


Figura 2. Niveles de síntomas depresivos pre-test y post-test según BDI-II.

