



FOLLETO DE INTERVENCIONES DEL PROYECTO DE LA UNIÓN EUROPEA TENTS

TRADUCCION ESPAÑOLA
Realizada por el Dr. Francisco Orengo - García

INTERVENCIONES DESPUÉS DE UN DESASTRE

La Red Europea de Estrés Traumático (The European Network on Traumatic Stress, TENTS), financiada por la Unión Europea, está dirigida a desarrollar redes de expertos de alcance europeo en el ámbito de los cuidados psicosociales y el tratamiento del estrés traumático en víctimas de desastres. TENTS también pretende aumentar la capacidad de los servicios de Salud Mental post desastre ayudando a desarrollarlos en una línea de servicios más basada en la evidencia científica y en la efectividad. Con esta perspectiva se han desarrollado unas guías orientativas para la administración de cuidados psicosociales post desastre, también disponibles en español en la página web de TENTS (<http://www.tentsproject.eu/>).

Este folleto quiere introducir brevemente un conjunto de intervenciones terapéuticas aconsejadas para víctimas de desastres a través de la guías de TENTS y que están incorporadas en otras guías y reportes científicos (por ejemplo NICE, 2005). Se hará a continuación una introducción de las siguientes intervenciones: intervenciones de base comunitaria, tratamientos psicológicos basados en el trauma y tratamientos farmacológicos para adultos con TEPT así como intervenciones para niños y adolescentes traumatizados. 20:34.9.4.

10.4. 10:37 Este folleto ha sido desarrollado en la división de Psiquiatría del Academic Medical Center (AMC) de Amsterdam por las Dras. A.B. Witteveen y M. Olf con contribuciones del Dr. F. Orengo - García, de Mrs. K. Bergh-Johannesson, de los Drs. C. Freeman y J. Bisson así como de otros miembros de la Red Europea de Estrés Traumático.

Miembros asociados:

Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands - Dr. M. Olf / Dr. A.B. Witteveen
Cardiff University, Wales (UK) - Dr. J. Bisson / Dr. B. Tavakoly
Catholic University of Applied Social Sciences, Berlin, Germany - Prof. Dr. N. Gurrus
Haukeland University -RVTS West, Bergen, Norway - Dr. D. Nordanger / Dr. V. Johansen
Uppsala University – NCDP, Uppsala, Sweden – Mrs. K. Bergh-Johannesson
Tampereen University, Helsinki, Finland – Prof. Dr. R. Punamaki
SEPET + D, Madrid, Spain – Dr. F. Orengo - Garcia
Zagreb University, Croatia – Prof. Dr. D. Ajdukovic
Turkish Psychological Association, Istanbul, Turkey - Dr. U. Sezgin

Partners colaboradores:

University of Warsaw, Poland - Prof. Dr. M. Lis-Turlejska
Edinburgh Traumatic Stress Centre, Scotland (UK) - Dr. C. Freeman
University of Zurich, Switzerland - Prof. Dr. U Schnyder / Dr. L. Wittmann
Centre Hospitalier Universitaire Tenon, Paris, France - Dr. L. Jehel
University of Vienna, Austria - Dr. B. Lueger-Schuster
University of Aarhus, Denmark - Prof. Dr. A. Elklit
WHO Europe, Copenhagen, Denmark - Dr. Matt Muijen

Intervenciones psicosociales de base comunitaria

Las intervenciones de base comunitaria son todas aquellas actividades que facilitan la normalización del funcionamiento psicosocial individual, social y familiar en una comunidad afectada por un desastre. Estas promueven un sentido de seguridad, de empoderamiento y eficacia de las personas y de la comunidad, la conexión entre miembros de la misma tranquilizando a aquellos altamente estresados así como incrementando la esperanza en la recuperación de los individuos y de la propia comunidad.

Intervenciones comunitarias después de un desastre incluyen actividades como las siguientes:

- Ayuda práctica de forma empática, soporte emocional y securización inicial de las personas en situación de gran estrés
- Provisión de información (por ej., paradero de familiares, acceso temporal a cobijo, comida, beneficios sociales, servicios médicos, soporte legal, disponibilidad de ayuda psicológica).
- Asistencia material (por ej., casa, comida, beneficios económicos, reconstrucción de las infraestructuras).
- Empleo (por ej., nueva formación para aumentar la capacidad de empleo y la independencia).
- Organizando la celebración de ceremonias de recuerdo a las víctimas y construyendo monumentos en conjunción con los afectados directamente.
- Facilitando soporte mutuo y grupos especiales de interés.
- Proveyendo de intervenciones de apoyo psicosocial a las poblaciones afectadas

Grupos Diana para las intervenciones comunitarias son aquellos directamente afectados así como sus familias, testigos y el personal de agencias que intervino en la respuesta de emergencia y recuperación. Ellos deben tener acceso a las distintas intervenciones de cuidado psicosocial.

Soporte social y práctico precoz así como cuidado psicosocial puede tener un efecto preventivo evitando el desarrollo de problemas psicológicos a largo plazo.

El cuidado psicosocial incorpora la ayuda emocional y práctica. Abarca desde la provisión inmediata de confort y ayuda práctica hasta soporte psicosocial a largo plazo y cuidados por especialistas en trauma. Las personas recibirán individualmente un soporte considerable de sus familias, amigos y comunidad. Cualquier respuesta formal está encaminada a complementar esto. Todos los aspectos del cuidado psicosocial deberán ser provistos solo en completa consideración del entorno social más amplio de las personas, especialmente de sus familias y comunidades.

La necesidad de cuidados psicosociales en el presente y a medio y largo plazo debe ser reconocida desde el principio. Para la mayor parte de la gente afectada por un desastre ayuna puede ser solamente necesitada durante la fase de rescate y en los momentos inmediatamente posteriores. Sin embargo, puede que se presente la necesidad de establecer un equipo de soporte dedicado de servicios de referencia después del incidente. Este equipo puede ser necesario hasta tres años después de la ocurrencia del desastre o, en algunos casos, hasta tiempo mucho después. Por ello, es indispensable planear esta estrategia y financiarla a largo plazo de manera adecuada.

Las actividades de cuidado psicosocial de base comunitaria incluyen:

- Hacer consciente a la gente de la ayuda psicosocial disponible sin ser injerentes en su vida diaria, es decir haciéndolo a través de canales típicos de comunicación que incluyen periódicos, TV, radio e Internet.
- Montando y poniendo en marcha una línea telefónica que provea de soporte emocional así como de una página web con cuestiones psicosociales relevantes en esos momentos.
- Escuchando y absorbiendo los relatos sobre el incidente que hace la gente así ayudando en montar el mosaico de relatos de cada una de las personas para constituir un relato global.
- Proveer de educación en relación con reacciones ante el trauma y como manejarlas a través de folletos que describan algunas de las sensaciones que se experimentan por lo general en este tipo de situaciones, promoviendo la autoayuda y dando números de contacto para aquellos que busquen ayuda.
- Dando información sobre como manejar problemas que surgen a partir del incidente (por ej., duelo, fuertes emociones, dificultades familiares, miedos específicos, insomnio y problemas en el trabajo).
- Haciendo conscientes al personal de los servicios sociales, de salud y educación locales sobre posibles secuelas psicopatológicas y sobre el modelo comunitario de cuidados.
- Identificando a aquellos con dificultades psicosociales y valorando sus necesidades de intervenciones más específicas.
- Asegurando el acceso a la evaluación especializada en psicología y farmacología si es requerida.
- Proveyendo consejo y tratamientos basados en la evidencia para aquellos con necesidades específicas realizados por clínicos y consejeros con entrenamiento y supervisión.
- Manteniendo un contacto proactivo con aquellas personas afectadas y sus familias (por ej., a través de una línea de teléfono de soporte emocional o un terapeuta con experiencia en trauma).
- Desarrollando capacidades locales para proveer servicios actuales y a largo plazo.

Grupos altamente vulnerables

Grupos vulnerables después de un desastre incluyen a aquellos individuos que son especialmente dependientes de la familia, de la comunidad o de soporte profesional. Estos incluyen típicamente:

- Niños y adolescentes que necesitan más soporte, reafirmación y atención aumentada durante el desastre y después del mismo.
- Personas mayores, mujeres embarazadas y familias monoparentales que con frecuencia son más dependientes de otras personas en relación con prestación de servicios y sus necesidades pueden ser desatendidos durante y después un desastre.
- Personas con enfermedades crónicas y dietas especiales relacionadas con enfermedades específicas pueden necesitar atención médica especial o asistencia a servicios de acceso a los mismos.

- Gente que no entiende la lengua local, procedimientos formales o legales (por ej., emigrantes, miembros de grupos minoritarios).

Cuidados psicosociales para trabajadores en áreas de desastre

El trabajo en áreas de desastre origina una enorme presión sobre los cuidadores y resulta esencial que sus necesidades y limitaciones no sean pasadas por alto. Debido a su alta carga de trabajo, con frecuencia con condiciones laborales duras y con exposición a un gran número de personas en situaciones de alto estrés, deben ser planeados procedimientos que ayuden a prevenir el burnout y la llamada traumatización secundaria o vicariante. Esto incluye la realización de una rotación regular para asegurar que los trabajadores no trabajen durante periodos excesivos, un debriefing técnico después de completar su jornada y sistemas de soporte como por ejemplo la supervisión regular, la consulta con sus pares y asesores externos así como la aplicación de técnicas para la construcción de un espíritu de equipo bien cohesionado.

Referencias de la literatura que apoyan estos asertos pueden obtenerse en las páginas finales de este folleto.

Intervenciones psicológicas focalizadas en el trauma dirigidas a adultos que padecen un Trastorno de Estrés Postraumático

Tratamientos como la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), el Reprocesamiento y Desensibilización por Movimientos Oculares (EMDR, siglas en inglés) y la Psicoterapia Ecléctica Breve (BEP, siglas en inglés) están focalizados en el recuerdo traumático y en su significado. Como tales, estas intervenciones se denominan tratamientos psicológicos focalizados en el trauma (NICE, 2005). Antes de que hagamos una introducción de estas técnicas, haremos una mención de las indicaciones y contraindicaciones de las mismas. Estas mismas para niños y adolescentes así como el tratamiento psicofarmacológico del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se discuten en las dos secciones finales de este folleto.

Indicaciones de los tratamientos psicológicos focalizados en el trauma:

- Las personas que sufren de un TEPT agudo o crónico originados por traumas consecutivos a acontecimientos traumáticos imprevisibles.
- En casos de experiencias traumáticas múltiples o cuando están presentes trastornos comórbidos o problemas sociales, los tratamientos focalizados en el trauma no están siempre contraindicados, sin embargo, hay que considerar si tiene sentido prolongarlos.

Contraindicaciones de los tratamientos focalizados en el trauma en adultos

En general, estos tratamientos como TCC, EMDR o BEP no deberán ser puestos (todavía) en marcha si la persona sufre de:

- Un severo trastorno depresivo
- Un adicción u severo abuso de sustancias
- Otro tipo de trastorno severo de ansiedad al mismo que tiempo que un TEPT (por ej., un trastorno de pánico o agorafobia)
- Trastornos severos de personalidad
- Trastornos psicóticos
- Trastornos disociativos severos
- Suicidalidad

Contraindicaciones relativas de los tratamientos focalizados en el trauma en adultos

- Trastornos leves o trastornos secundarios a un TEPT como por ejemplo una depresión leve o un trastorno de ansiedad

Importantes cuestiones relativas al tratamiento:

- Las sesiones deberán ser ofrecidas de manera regular y continua (semanalmente)
- El o la terapeuta deberá ser la misma persona a lo largo del tratamiento en todas las sesiones
- Las terapias serán por lo general individuales aunque existen modalidades grupales específicas de TCC y EMDR.
- En todos los tratamientos focalizados en el trauma es necesario que exista un protocolo estructurado.
- El tratamiento deberá ser llevado a cabo por personas competentes que hayan recibido un entrenamiento específico. Estas personas deberán recibir también una supervisión apropiada.
- En general, los tratamientos administrados focalizados en el trauma no necesitan ser combinados con farmacoterapia, a no ser que lo exija la comorbilidad u otras necesidades de la persona.
- La prescripción de benzodiazepinas o hipnóticos deberá ser restringida lo máximo posible pues estas medicaciones tienden a producir somnolencia y bajan el nivel de vigilia.

Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para el TEPT

La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para el TEPT incluye la exposición al evento traumático y está dirigida a tratar la evitación cognitiva y conductual presentes en el TEPT. La CCT es una intervención estructurada que, junto con la focalización en el acontecimiento traumático, incluye también componentes como el manejo de la ansiedad (por ejemplo, relajación), psicoeducación y técnicas de reestructuración cognitiva. Hay subtipos de TCC para pacientes con TEPT que incluyen terapias de exposición como la llamada Exposición Prolongada (EP) (Foa & Rothbaum, 1998; Creamer et al., 2007) que está focalizada primordialmente en la confrontación con estímulos provocadores de terror relacionado con el trauma hasta que la ansiedad remite. También hay otras aproximaciones como las focalizadas en la cognición como, por ejemplo, la Terapia de Procesamiento Cognitivo (CPT; Resick & Schnicke, 1993). Esta técnica, identifica y se dirige a cogniciones problemáticas relacionadas con el trauma mientras que cogniciones adaptativas se incorporan a la revivencia imaginada del trauma.

Efectividad

La TCC focalizada en el trauma (TCC-FT) han demostrado producir de manera consistente en el ámbito clínico, importantes efectos sobre todas las medidas de TEPT comparadas con lista de espera, manejo de estrés y terapias no directivas de soporte (NICE, 2005; Bisson et al., 2007). La TCC-FT está recomendada como tratamiento de primera elección para víctimas de desastres con un TEPT agudo o crónico.

Duración del tratamiento:

- 8-12 sesiones de 45-60 minutos cuando el TEPT ha surgido a partir de un único acontecimiento traumático.
- Si el acontecimiento traumático está siendo discutido las sesiones deben ser más largas (90 minutos).

Sesiones:

En las primeras sesiones son importantes los siguientes componentes:

- Establecer una alianza terapéutica y psicoeducación sobre reacciones comunes ante el trauma
- Introducción y enseñanza de técnicas de relajación como por ejemplo reaprendizaje respiratorio.
- Introducción del modelo teórico de la terapia basada en técnicas de exposición.

La exposición se lleva a cabo de dos maneras distintas normalmente:

Exposición imaginativa o escritura narrativa:

- Relato emocional y detallado de:
 - Recuerdos traumáticos en el orden cronológico en que estos acontecieron
 - Pensamientos y sensaciones tanto los presentes en la imaginación cuando se emite un comentario como los que uno visualiza o pone por escrito.
- El relato repetido del trauma deberá repetirse hasta que:
 - No provoque altos niveles de estrés
 - Los recuerdos traumáticos son experimentados como recuerdos en vez de algo que ocurre de nuevo una y otra vez.

Exposición In vivo:

- Confrontando a la persona con situaciones que evita debido a que están asociadas con el trauma y provocan fuertes emociones o reacciones físicas (por ej., conduciendo un coche de nuevo después de haber estado envuelto en un accidente de tráfico).
- La persona quiere darse cuenta de que la situación temida ya no es peligrosa y que la ansiedad sobre ella no persiste para siempre (Foa & Kozak, 1986).

La reestructuración cognitiva se realiza a través de:

- La ayuda al paciente a identificar y modificar sus cogniciones excesivamente negativas que le llevan a emociones perturbadoras y a un funcionamiento alterado.
- Focalizando en la identificación y modificación de falsas interpretaciones que llevan al cliente a sobreestimar amenazas cuyo origen se encuentra en interpretaciones del trauma y de su evolución posterior.
- Discutiendo la evidencia a favor y en contra de ciertas interpretaciones.
- Comprobando la veracidad de predicciones derivadas de las interpretaciones con la ayuda del terapeuta de manera que el paciente llegue a conclusiones de mayor valor adaptativo.
- Animando al paciente a eliminar conductas y estrategias cognitivas que prevén la no confirmación de las interpretaciones negativas.
- Practicando relajación muscular o técnicas de respiración así como exposición imaginativa e In vivo.

En las sesiones finales el progreso del tratamiento se evalúa a través de:

- Revisando las técnicas aplicadas en la terapia
- Evaluando su capacidad de ayuda
- Discutiendo temas relacionados con la terminación de la terapia

REPROCESAMIENTO Y DESENSIBILIZACIÓN POR MOVIMIENTOS OCULARES (EMDR)

EMDR es un método psicoterapéutico para reducir el estrés que altera la vida diaria de la persona después de experiencias traumáticas. El objetivo central del EMDR es la mutación de las experiencias disfuncionales almacenadas hacia una forma adaptativa de resolución de los conflictos que promueva la salud mental. El EMDR pretende la activación de la habilidad de manejar el malestar y estrés que produce el recuerdo traumático al mismo tiempo que disminuir los pensamientos y emociones que trastornan a la persona. También puede ayudar al paciente pensar de forma diferente sobre si mismo en relación con el recuerdo traumático.

Efectividad

EMDR es un método de tratamiento del TEPT basado en la evidencia (NICE, 2005). Es un tratamiento psicológico de primera línea para el TEPT crónico (Bisson et al., 2007) poseyendo el mismo nivel de efectividad que la TCC focalizada en el trauma (Spates et al., 2009).

Duración del tratamiento:

La duración de un tratamiento medio con EMDR, dirigido a un evento traumático central, puede ser relativamente corto. Para problemas derivados de un trauma único un número limitado de sesiones (por término medio seis) es con frecuencia suficiente. Sin embargo, la duración del tratamiento depende de la complejidad de la sintomatología relacionada con el trauma.

Sesiones:

El procesamiento con EMDR es un método altamente estructurado con fases que comparten características con otras muchas forma de terapia y tres elementos únicos: los llamados desensibilización, instalación y examen o escaneo corporal (Spates et al 2009).

Es típico el uso de la estimulación bilateral mientras la imagen estresante se mantiene en la mente y el paciente hace las siguientes asociaciones en su mente de acuerdo a lo que le instruye el terapeuta:

- Focalice sobre un recuerdo traumático específico
- Identifique la imagen estresante que representa el recuerdo, las cogniciones negativas asociadas y una cognición alternativa positiva.
- Identifique emociones que están asociadas con el recuerdo traumático
- Identifique sensaciones físicas relevantes en relación con el trauma y sus respectivas localizaciones en el cuerpo
- Este proceso está cuantificado usando indicadores subjetivos y medidas.
- El paciente deberá mantener la imagen estresante en la mente, junto con las cogniciones negativas y sensaciones físicas asociadas, mientras sigue los dedos del terapeuta de un lado hacia otro cruzando su campo visual de derecha a izquierda. Estos “pases” se realizan rítmicamente durante un tiempo aproximado de 20 a 40 segundos (Estimulación táctil bilateral o sonidos pueden ser utilizados como alternativa a los movimientos oculares).
- Se le indica a continuación al paciente que tome aire profundamente y haga una pequeña pausa así como un breve relato referente a los cambios que se hayan podido producir relativos a imágenes, emociones, pensamientos o emociones
- Este proceso se repite y se continúa hasta que el paciente no experimente más estrés con el recuerdo traumático.

PSICOTERAPIA ECLECTICA BREVE (BRIEF ECLECTIC PSYCHOTHERAPY, BEP)

La Psicoterapia ecléctica breve (BEP) para el tratamiento del TEPT es una psicoterapia basada en una combinación de teorías extraídas de psicoterapias de base psicodinámica, cognitivo conductual y directivas. Pretende reducir los síntomas de TEPT en los pacientes así como ayudarles a integrar el acontecimiento traumático en sus vidas para recuperar el control de las mismas. La BEP fue desarrollada por Gersons en los años 80 y 90 para tratar el TEPT en oficiales de policía (Gersons, 1989, 1992, Gersons & Carlier, 1994).

Efectividad

Los RCTs realizados han mostrado que la terapia es efectiva tanto en oficiales de policía como en la población general con un amplio y variado espectro de experiencias traumáticas (Gersons et al. 2000, Lindauer et al., 2005).

También se encontró una significativa mejoría en términos de parámetros biológicos (frecuencia cardiaca, niveles de cortisol, actividad cerebral) (Lindauer et al. 2003, Olf et al., 2007).

Duración del tratamiento:

- 16 sesiones de 45-60 minutos

Sesiones:

Cada sesión forma un escalón cuidadosamente definido en un proceso de 5 pasos terapéuticos:

- **Psicoeducación (sesiones 1-2):**
El paciente y su pareja aprenden a comprender los síntomas del TEPT y la manera en que están relacionados con el evento traumático.
- **Exposición imaginaria y uso de los llamados “memorabilia” (sessions 2-6):**
La exposición imaginaria se focaliza sobre las emociones intensas suprimidas en un estado de particular tristeza y duelo. La exposición en la BEP es diferente de la exposición en la terapia CC focalizada en el trauma en el sentido de que en la BEP la meta primordial en este tipo de exposición es simplemente la suelta de emociones intensas relacionadas con el trauma. Los pacientes son expuestos a diferentes partes del trauma en sesiones separadas. Los “Memorabilia” o recuerdos como fotos, ropas etc. relacionados con el momento del trauma son usados para estimular la memoria es decir como recordatorios del evento traumático.
- **Escritura de cartas, integración y provisión de significado (sesiones 7-12):**
La carta se escribe a alguien o a una institución responsable del incidente traumático o de sus consecuencias. La carta es usada específicamente para ayudar a expresar los sentimientos agresivos. En esta fase hay espacio para más cuestiones existenciales como por ejemplo de qué manera el evento a cambiado la imagen que se tenía de uno mismo y del mundo.
- **Ritual de despedida (sesiones 13-16):**
El tratamiento termina con un ritual de despedida con la pareja (por ejemplo en el que la carta o los recuerdos se queman) dejando de esta manera el acontecimiento traumático en el pasado, es decir como una manera de cambiar la vida y mirar hacia el futuro sin olvidar lo pasado pero sin que este perturbe más la vida de la persona.

El tratamiento farmacológico del TEPT

En el TEPT, los fármacos no deben ser usados de manera rutinaria como tratamiento de primera línea con preferencia a las psicoterapias focalizadas en el trauma (NICE, 2005). Si se trata farmacológicamente el TEPT en adultos, se recomienda prescribir fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS) y, en particular, la paroxetina. También los tratamientos con los antidepresivos mirtazapina, fenelcina (un IMAO tradicional) o amytriptilina pueden tener de valor clínico importante (NICE, 2005). En caso de trastornos importantes del sueño, la medicación hipnótica (benzodiazepinas y no benzodiazepinas) pueden ser apropiadas en el uso a corto plazo pero, si se requieren tiempos más largos de tratamiento, deberá considerarse el uso de antidepresivos apropiados en un estadio precoz con el fin de reducir un posterior riesgo de dependencia.

Indicaciones para el tratamiento farmacológico del TEPT:

El tratamiento farmacológico del TEPT deberá considerarse si:

- Los pacientes con un TEPT prefieren no participar en una psicoterapia focalizada en el trauma.
- Los pacientes con un TEPT no pueden comenzar una psicoterapia debido a una amenaza de retraumatización importante en el presente (por ej., por violencia doméstica en actividad)
- La psicoterapia focalizada en el trauma produce escaso o nulo beneficio.
- La capacidad de un paciente para beneficiarse de una psicoterapia está disminuida debido a una depresión comorbida o a una hiperactivación importante (por ejemplo, la farmacoterapia como un tratamiento adjunto a la psicoterapia)

El tratamiento deberá ser prescrito y seguido por personas con el entrenamiento médico especializado (los IRSS y la mirtazapina podrán ser prescritos por médicos generales pero los IMAO y la amytriptilina conviene que sean manejados por psiquiatras).

Efectividad

Entre las intervenciones farmacológicas, los IRSS en particular se han mostrado efectivos en el tratamiento del TEPT (Stein et al., 2006). De estos, es sobre todo la paroxetina la que es mejor tolerada y la que mejor reduce los síntomas en los tres subsíndromes del TEPT en comparación con placebo (Marshall et al., 2007; Stein et al., 2003). Algunos ensayos clínicos con muestras más pequeñas sugieren que la mirtazapina, la amytriptilina y la fenelzina pueden tener asimismo un importante efecto clínico (NICE, 2005).

Duración del tratamiento:

Un efecto positivo de los IRSS sobre los síntomas del TEPT se aprecia claramente hacia las 8 a 12 semanas de tratamiento. En general, una disminución suplementaria de los síntomas es esperable incluso hasta 6 meses después de comenzado el tratamiento (Marshall et al., 2007) y se mantiene hasta las 52 semanas (Kim et al., 2008). Se recomienda que el tratamiento se mantenga al menos seis meses, sin embargo, las guías de uso y las distintas opciones clínicas recomiendan continuar el tratamiento con antidepresivos al menos 12 meses. La medicación hipnótica (benzodiazepinas y no benzodiazepinas) solo está indicada por tiempo breve.

Sesiones:

En los estadios iniciales del tratamiento antidepresivo:

- Los pacientes con un TEPT con un riesgo de suicidio aumentado y los pacientes con edades entre los 18 y 29 años, deberán ser evaluados después de una semana de comenzado el tratamiento y con frecuencia después de pasado este tiempo. En cualquier caso hasta que el riesgo se considere no significativo.
- Los pacientes con un TEPT sin un riesgo asociado deberán ser vistos después de dos semanas de iniciado el tratamiento y posteriormente a intervalos de 2 a 4 semanas en los tres primeros meses y a mayores intervalos pasado este tiempo si la respuesta es adecuada.
- Los pacientes con un TEPT deberán ser informados de los potenciales efectos secundarios así como del riesgo de discontinuación y síndrome de abstinencia o de retirada posibles.

Discontinuación de los antidepresivos:

- Normalmente se deberá hacer de forma graduada reduciendo las dosis en un periodo de 4 semanas.
- Si los síntomas de retirada o abstinencia son importantes deberá considerarse reintroducir el antidepresivo original reduciéndolo de manera gradual mientras se monitorizan los síntomas.

Tolerabilidad de los antidepresivos:

Intente determinar si existen signos de acatisia, ideación suicida así como ansiedad aumentada y agitación.

- Advierta a las personas que sufren de un TEPT sobre el riesgo que supone padecer estos síntomas en los primeros estadios del tratamiento y aconséjeles sobre la importancia de buscar ayuda precozmente.

INTERVENCIONES CON NIÑOS Y ADOLESCENTES TRAUMATIZADOS

Deberá prestarse especial atención y soporte sobre aquellos niños y adolescentes expuestos a desastres y acontecimientos traumáticos. Soporte, discriminación y diagnóstico en la fase aguda debe tener lugar en el contexto de sus relaciones familiares. La información, ayuda y tratamiento deberá estar basado en el conocimiento sobre vulnerabilidades propias de la edad y recursos existentes.

Tratamiento recomendado para síntomas de TEPT en niños

- La TCC focalizada en el trauma aplicada en niños con un TEPT severo acoplada a las circunstancias y desarrollo
- EMDR para niños mayores de 7 años

Efectividad

La terapia estructurada es más efectiva en la disminución de los síntomas del TEPT que el simple soporte. Existe evidencia sobre la efectividad de la TCC focalizada en el trauma y el EMDR (por ejemplo, el protocolo de EMDR para niños pone un mayor énfasis en el establecimiento de un lugar seguro que evoque emociones positivas antes de comenzar con el procedimiento).

Duración del tratamiento

- 8-12 sesiones de 90 minutos de tratamiento regular llevadas a cabo siempre por el mismo terapeuta.
- Información sobre el curso del tratamiento debe de ser provista tanto a los padres como al niño.

Sesiones de tratamientos psicológicos focalizados en el trauma para niños

- Psicoeducación de los niños y padres
- Monitorización de los síntomas (por ej., diario de los flash backs, pesadillas, estrés importante).
- Reestablecimiento de rutinas
- Entrenamiento de habilidades de contención
- Exposición graduada – hasta la habituación
- Creación de seguridad y entrenamiento en autorregulación

Curso típico, recuperación y naturaleza de los síntomas relacionados con el trauma en niños

- Casi todos los niños muestran miedo importante, agarrándose a sus padres al mismo tiempo que padecen síntomas intrusos inmediatamente después de la exposición al trauma.
- La mayoría (aprox. un 75%) muestran una disminución progresiva de los síntomas durante los primeros meses.
- Alrededor de un 13 – 25% desarrollan, si no reciben ayuda, un TEPT después de un desastre de envergadura en el curso de los 3 a 6 meses siguientes.
- Síntomas depresivos suelen aparecer más tarde por ejemplo de 6 a 9 meses en adelante.
- El trauma afecta el desarrollo psicosocial globalmente, por ejemplo:
 - Miedos excesivos
 - En las fantasías, juego y sueños

Factores de riesgo para la predicción de un TEPT u otra psicopatología

- Factores pre-traumáticos: problemas de salud mental familiares y problemas de relación
- Exposición previa a trauma severo
- Durante el trauma: indefensión, excesivo miedo sobre la seguridad de la familia
- Factores post-trauma: relaciones con los padres alteradas, reubicación, denegación y estrategias de contención evitativas.

Aspectos del desarrollo

- Los niños pueden ser vulnerables al TEPT y a las alteraciones psicosociales en todas las edades.
- El significado del trauma, formas de procesarlo y expresión de los síntomas varía de acuerdo a la edad:
 - Infancia: alto nivel de excitación y dificultades para atenuarlo
 - Bebés: dificultades en la regulación emocional y miedos excesivos, sueño alterado
 - Preescolares: juego repetitivo, dificultades en controlar agresiones, terrores nocturnos
 - Infancia media: problemas de concentración, síntomas somáticos, miedos variados
 - Adolescencia: sentido acortado del futuro, búsqueda de peligros, síntomas depresivos.
- Vinculación aumentada y conductas de búsqueda de seguridad está activada en todas las edades.
- Los niños traumatizados severamente pueden perder sus logros evolutivos, por ejemplo tartamudeando en edad preescolar o perdiendo su independencia en la adolescencia.

Literatura:

- Ajdukovic D., Ajdukovic M. (2000). Community based programme in meeting the psychosocial needs of children in resettlement process. In: L. van Willigen (Ed.) Health hazards of organized violence in children (II). Utrecht: Pharos, 169-177.
- Ajdukovic D., Ajdukovic M. (2003). Systemic approaches to early interventions in a community affected by organized violence. In: R. Ormer and U. Schnyder (Eds.) Reconstructing early interventions after trauma. Oxford: Oxford University Press, 82-92.
- Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder, Institute of Medicine (2008). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence. Washington, DC: National Academies Press.
- Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD) (2007). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Blanchard E.B., & Hickling E.J. (2004). After the Crash: Psychological Assessment and Treatment of Survivors of Motor Vehicle Accidents (2nd ed.) Washington DC: American Psychological Association.
- Foa E.B. & Rothbaum B.O. (1998). Treating the Trauma of Rape; Cognitive Behavioral Therapy for PTSD. New York: Guilford Press.
- Gersons B.P.R. (1989). Patterns of Posttraumatic Stress Disorder among Police Officers following Shooting Incidents; the Two-Dimensional Model and Some Treatment Implications. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (3), 247-257.
- Gersons B.P.R., Carlier, I.V.E., Lamberts, R.D., & Van der Kolk, B.A. (2000). Randomized Clinical Trial of Brief Eclectic Psychotherapy for Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (2), 333-347.
- Kim Y, Asukai N, Konishi T, et al., (2008). Clinical evaluation of paroxetine in post-traumatic stress disorder (PTSD): 52-week, non-comparative open-label study for clinical use experience. *Psychiatry Clin Neurosci*. 62(6):646-52
- Lindauer, R.J.L., Gersons, B.P.R., van Meijel E.P.M., Blom K., Carlier I.V.E., Vrijlandt I., & Olf M. (2005). Effects of Brief Eclectic Psychotherapy in Clients with Posttraumatic Stress Disorder: Randomized Clinical Trial. *Journal of Traumatic Stress*, 18 (3), 205-212.
- Lindauer R.J.L., Vlieger, E.J., Jalink, M., Olf, M., Carlier, I.V.E., Majoie, C.B.L.M., Heeten, den G.J., & Gersons, B.P.R. (2004). Smaller Hippocampal Volume in Dutch Police Officers with Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 56 (5), 356-363.
- Marshall R.D., Beebe K.L., Oldham M., Zaninelli R. (2001). Efficacy and safety of paroxetine treatment for chronic PTSD: a fixed-dose, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 158(12): 1982-8.
- Marshall RD, Lewis-Fernandez R, Blanco C, et al., (2007). A controlled trial of paroxetine for chronic PTSD, dissociation, and interpersonal problems in mostly minority adults. *Depress Anxiety*, 2007;24(2):77-84.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2005). Post-traumatic Stress Disorder; the Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care. Gaskell and the British Psychological Society.
- Norris H. H., Stevens S.P. (2007) Community resilience and the principles of mass trauma intervention. *Psychiatry*, 70 (4), 320-328.
- Olf M., de Vries G.J., Güzelcan Y., Assies J., Gersons B.P. (2007). Changes in cortisol and DHEA plasma levels after psychotherapy for PTSD. *Psychoneuroendocrinology*. 32(6): 619-26.
- Resick P.A., & Schnicke M.K. (1993). Cognitive processing therapy for sexual assault victims: A treatment manual. Newbury Park CA: Sage Publications.
- Rooze M., De Ruyter A., Ajdukovic D., Fundter N., Hövels J. (2006) The healing community: the importance of community-based interventions. In: J. Griffiths and T. Ingleton (Eds.) *Real risk*. Leicester: Tudor Rose, 103-106.
- Shapiro F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro F. (2007) EMDR and Case Conceptualization from an Adaptive Information Processing Perspective. In F. Shapiro, F. Kaslow, & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes* (3-36). New York: Wiley.
- Solomon R. M., & Shapiro F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2 (4), 315-325.
- Somasundaram D., Norris F.H., Asukai N., Murthy R.S. (2003). Natural and technological disasters. In: B. L. Green, M. J. Friedman, J. V. M. T. de Jong, S. D. Solomon, T. M. Keane, J. A. Fairbank, B. Donelan and E. Frey-Wouters (Eds.) *Trauma interventions in war and peace*. New York: Kluwer Academic Plenum Publishers, 291-318.
- Spates C.R., Koch E., Cusack K., Pagoto S. & Waller S. (2009). In Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J., (eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies* (279-305). New York: Guilford Press.

Stein D.J., Davidson J., Seedat S., Beebe K., (2003). Paroxetine in the treatment of post-traumatic stress disorder: pooled analysis of placebo-controlled studies. *Expert Opin Pharmacother.* 4(10), 1829-38.

Stein D.J., Ipser J., Seedat S., (2006) Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst. Rev.* Issue 1.

Williams R., Mikus Kos A., Ajdukovic D., van der Veer G., Feldman M. (2008) Recommendations on evaluating community based psychosocial programmes. *Intervention*, 6 (1), 12-21.

© Copyright Academic Medical Center University of Amsterdam February 2009