

Continuo de Cuidados Psicosociales para un Abordaje Integral Del Trauma Psicológico.

Por Ignacio Jarero.

ACTUALIZADO AL AÑO 2013



“A pesar de la capacidad de los humanos para sobrevivir y adaptarse, las experiencias traumáticas tienden a alterar su equilibrio biológico, psicológico y social tan extensamente que la memoria e interpretación de sus traumas rompe y corrompe todas sus otras experiencias, contaminando su presente y futuro”

Van der Kolk & McFarlane. (1996). The black hole of trauma. Traumatic Stress: The effects of overwhelming Experience on mind, body and society (pp.3-23). New York: Guilford Press.



Incidente Crítico

Los Incidentes Críticos son eventos estresantes que tienen el potencial de sobrepasar nuestros mecanismos usuales de afrontamiento, dando como resultado sufrimiento psicológico y un deterioro del funcionamiento adaptativo, individual o colectivo.

Everly, G., Mitchell, J. (2008). Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health. Chevron.



Son eventos que salen del rango de la experiencia humana ordinaria.

Generalmente producen fuertes reacciones emocionales, cognitivas, físicas, conductuales y espirituales en quien los vive.



A esas reacciones normales en personas normales ante un evento anormal, se les

puede llamar:

Estrés Postraumático



Crisis Psicológica



Algunos ejemplos de Incidentes Críticos son:

**Pérdida de seres queridos,
infartos,
enfermedades graves,
accidentes, terrorismo,
desastres naturales o provocados
por el ser humano.**



Delitos Violentos o de Violencia

En todos sus Tipos y
Modalidades, tales como:



Violencia Social:

Actos Provocados por la Delincuencia Organizada:

Narco-Terrorismo: carros bomba, granadazos con lanzagranadas.

Narcoviolenencia: Masacres Humanas-Fosas Clandestinas, extorsiones, levantones, robos, asaltos, violaciones, secuestros, homicidios, tortura, tráfico de órganos, de personas y venta de niños.



Violencia Social:

MIGRANTES Y TRATA DE PERSONAS

Que son Víctimas del Crimen Organizado y de las Autoridades Nacionales y Extranjeras.



Violencia Social:

**Abuso de poder,
discriminación, guerras
civiles.**



Violencia de Género:

Psicoemocional, Física, Patrimonial,
Económica, Sexual, Contra los
Derechos Reproductivos, Femicida,
Familiar, Laboral, Docente, en la
Comunidad e Institucional.

Explotación Sexual Comercial Infantil.



Violencia Familiar:

Física, Sexual,
Psicoemocional: insultos,
humillaciones, intimidaciones,
amenazas, chantaje, abandono,
indiferencia, condicionamientos,
comparaciones destructivas,
coacciones, actitudes devaluatorias.



¿Quiénes son afectados por los Incidentes Críticos?



Un **Incidente Crítico** es como una gran piedra que cae en medio de un lago y hace olas que se desplazan de manera concéntrica, del centro hasta la orilla.

De ahí que tenemos:



Víctimas Primarias que son las directamente afectadas.



Víctimas Secundarias que son sus familiares y amigos.



Víctimas Terciarias que son aquellas personas que auxilian o atienden a las víctimas primarias y secundarias: paramédicos, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, profesionales en salud mental, ajustadores de seguros, ministerios públicos, visitadores de las comisiones de Derechos Humanos, etc.;



Víctimas Cuaternarias que son todas aquellas personas que se enteran por cualquier medio de comunicación del incidente.



Uno de los contribuyentes al Trauma Infantil es la exposición a material violento en la Televisión. ⁽¹⁾

1. Motta, R. (2008). Secondary Trauma. International Journal of Emergency Mental Health. 10 (4), pp.291-298.



Los **Incidentes Críticos**
pueden producir

CRISIS PSICOLÓGICA

que



**Es una *respuesta* a un
Incidente Crítico en la que el
balance psicológico del
individuo es alterado.**



Everly, G., Mitchell, J. (2008). Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health. Chevron

Revista Iberoamericana de
Psicotraumatología y Disociación.

ISSN: 2007-8544

Es un estado de sufrimiento agudo, en el que los mecanismos usuales de afrontamiento han fallado al enfrentar un desafío o una amenaza , y que da como resultado algún grado de deterioro funcional.

Everly, G., Mitchell, J. (2008). Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health. Chevron



Esta respuesta puede producir una ruptura temporal del equilibrio psiconeurobiológico que puede llevar a una espiral disfuncional de aflicción y descompensación.



Durante esta **RESPUESTA INTENSA** al Incidente Crítico:

La homeostasis psicológica (balance) se rompe.

Los mecanismos para hacer frente a las situaciones estresantes fallan.

Hay evidencia de sufrimiento significativo.
Puede haber deterioro o disfunción.



La Crisis Psicológica
puede convertirse en
Trauma Psicológico
y puede conducir a:



Trastornos Físicos y Mentales

**que afectan a los
sobrevivientes y a sus
familiares el resto de sus
vidas si no son tratados
adecuadamente.**



Trauma Psicológico

**Es el recuerdo de un evento
que queda almacenado
disfuncionalmente en las
neuroredes de memoria.**

Rubin, D.C., Bernstein, D., & Bohni, M.K. (2008). A memory-based model of PTSD. Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115 (4), 985-1011.



Esta definición se basa en
cómo ***afecta***
neurobiológicamente ***el***
Incidente ***Crítico*** ***al***
Individuo...

Rubin, D.C., Bernstein, D., & Bohni, M.K. (2008). A memory-based model of PTSD. Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115 (4), 985-1011.

Revista Iberoamericana de
Psicotraumatología y Disociación.

ISSN: 2007-8544



**y no en la naturaleza del
incidente o en factores
subjetivos como miedo
intenso, desesperanza o,
violencia física.**

Rubin, D.C., Bernstein, D., & Bohni, M.K. (2008). A memory-based model of PTSD. Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115 (4), 985-1011.



Investigaciones en el área de las neurociencias, han encontrado que la etiología del Trauma Psicológico NO es el evento, sino la forma disfuncional en que queda neurobiológicamente almacenada esa experiencia en las neuroredes de memoria.

- 1) van der Kolk. (2006). Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD. New York Annals of Science. . New York Academy of Sciences.



A esa forma desadaptativa en que queda grabada físicamente la experiencia, se le puede llamar

MEMORIA TRAUMÁTICA



SISTEMA DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN A ESTADOS ADAPTATIVOS.

SPIA



Es un sistema de procesamiento de la información físico, semejante a otros sistemas corporales, orientado hacia la salud.

- Ejemplo físico: una herida se cierra y sana a menos que esté bloqueada.**
- Ejemplo emocional: el sistema de procesamiento de la información mueve las perturbaciones hacia una resolución adaptativa, creando así memorias y redes de memoria funcionales.**



Estudios con neuroimágenes de seres humanos en **altos estados emocionales**, producidos por **Incidentes Críticos**, han revelado que las **emociones intensas provocan un aumento de activación en las regiones subcorticales del cerebro y una significativa reducción del flujo sanguíneo en varias áreas del lóbulo frontal.** (1)

- 1) Damasio, A. R., T.J. Grabowski, A. Bechara, et al. (2000). Subcortical and cortical brain activity during the feeling of self-generated emotions. *Nat. Neurosci.* 3:1049-1056



Lo que puede producir una alteración del **Sistema de Procesamiento de la Información**, por lo que esa experiencia:

Se Archivará disfuncionalmente en el cerebro.

Y quedará **“detenida en el tiempo”**, aislada

en su propia **Red de Memoria**, con sus

Componentes (Ingresos Sensoriales, Pensamientos,

Emociones y Sensaciones Corporales)....

Shapiro, F. (2007). EMDR and case conceptualization from an adaptative information processing perspective. In F. Shapiro et al. Handbook of EMDR and Family Therapy Processes.



...almacenados de forma fragmentada en su estado perturbador original y sin poder conectarse a otras redes de memoria que contienen información adaptativa.

Shapiro, F. (2007). EMDR and case conceptualization from an adaptative information processing perspective. In F. Shapiro et al. Handbook of EMDR and Family Therapy Processes.



De ahí que **“El pasado es presente”**:

Pues las percepciones de situaciones actuales se conectan con las redes de memorias físicamente almacenadas para ser interpretadas, por lo que, si una red de memoria contiene una experiencia similar no procesada adaptativamente, **las percepciones actuales serán formadas por las emociones, pensamientos/creencias y sensaciones disfuncionales del evento pasado.**

Shapiro, F. (2007). EMDR and case conceptualization from an adaptive information processing perspective. In F. Shapiro et al. Handbook of EMDR and Family Therapy Processes.

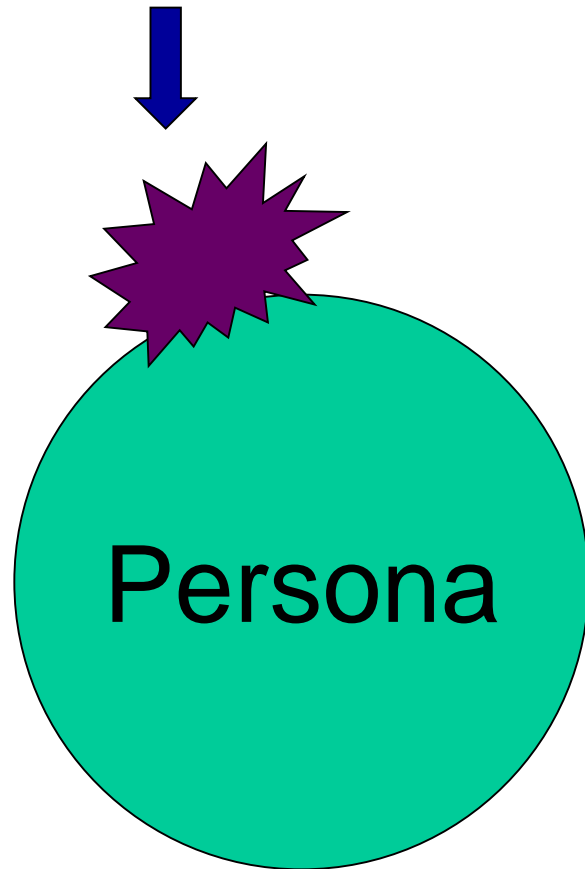


Por lo que el Trauma Psicológico es físico y no solo mental, de ahí que sea una ...

Herida Invisible



Incidente Crítico

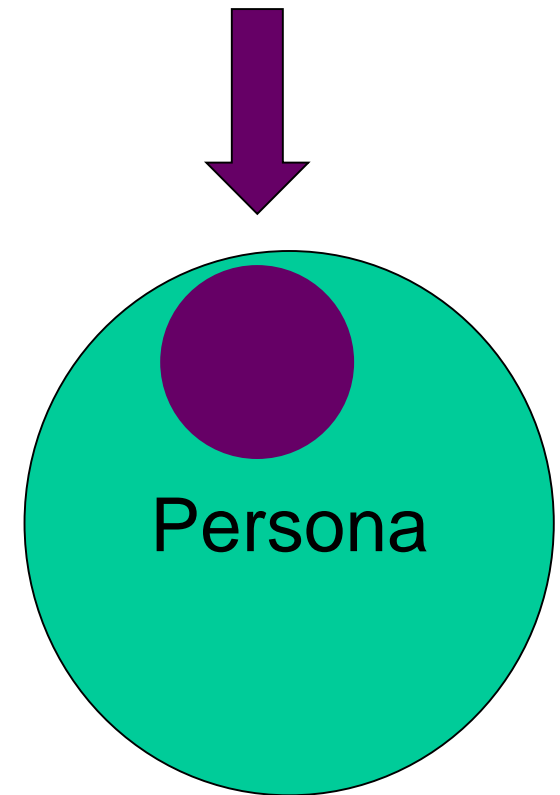


SPIA



Tiempo

Trauma Psicológico =
Herida Invisible



El centro de la experiencia traumática involucra respuestas neurobiológicas en el cerebro, el sistema nervioso y el cuerpo, pues se activan dos sistemas de control separados pero relacionados.

Jeannette Ambrose (2007) VIII International Congress on Traumatic Stress.



El Sistema Nervioso Autónomo: Ramas Parasimpática y Simpática.

Y el

Eje Hipotalámico -Pituitario-Adrenal

Jeannette Ambrose (2007) VIII International Congress on Traumatic Stress.



Por ello:

El Trauma cambia al cerebro y por lo tanto, simultáneamente cambia al cuerpo.

El Trauma cambia al cuerpo y por lo tanto, simultáneamente cambia al cerebro.

Psique y soma son afectados y son completamente indistinguibles uno de otro.



Naparstek, B. (2005). Invisible Heroes

Revista Internacional de
Psicología y Psicología de la Disociación.

ISSN 1607-8544

Algunos cambios Neurobiológicos que produce el Trauma Psicológico:



- **Modificación de las estructuras cerebrales: disminución en volumen y funcionamiento del hipocampo.**
- **La materia blanca, el tejido del cerebro que hace conexiones con la rica en neuronas materia gris, está disminuida en los niños traumatizados, esto quiere decir que hay menos neuronas haciendo menos conexiones.**
- **Hiperactividad de las estructuras simpáticas.**
- **Hiperactividad de las estructuras límbicas.**
- **Supresión de las altas estructuras corticales (área de Broca y Córtex frontal).**

Johnson, S. (2011). *Scientist seek to treat chronically traumatized brains.*
Entrevista con van der Kolk. Oakland Tribune.

- **Procesamiento de información deteriorado (la forma usual de aprender está afectada) pues las personas traumatizadas no generan el impulso N1/2'200 que le permite al cerebro focalizarse en las cosas importantes y tampoco genera un buen impulso P1/2'300 que le permite al cerebro aprender de las experiencias.**
- **Aumento de cortisol que destruye el tejido cerebral.**
- **Afecta la habilidad del cerebro para saber en donde se encuentra físicamente.**
- **Afecta la habilidad de auto-observación, de auto-reflexión y de establecer relaciones sociales con otros.**

Johnson, S. (2011). *Scientist seek to treat chronically traumatized brains.*
Entrevista con van der Kolk. *Oakland Tribune.*

TIPOS DE TRAUMA Y TRASTORNOS RELACIONADOS

DSM-5 2013

American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5th ed.). Washington, DC: Author.

Revista Iberoamericana de
Psicotraumatología y Disociación.

ISSN: 2007-8544



Trauma Tipo 1:

El causado por cualquiera de los siguientes estresores:

Estresor psicológico: Cualquier evento o cambio de vida que puede estar temporalmente asociado (y quizá casualmente) con el inicio, ocurrencia, o exacerbación de un trastorno mental.

Estresor traumático: Cualquier evento (o eventos) que puedan causar o amenazar con causar muerte, heridas serias, o violencia sexual, a un individuo, a un miembro cercano de su familia, o a un amigo cercano.

Definición de Estresor: Cualquier factor emocional, físico, social, económico, o de otro tipo, que altera el balance fisiológico, cognitivo, emocional, o conductual normal de un individuo.



Trauma Tipo 1:

Diagnósticos probables de acuerdo al tiempo transcurrido desde la ocurrencia del Incidente Crítico:

Trastornos de la Adaptación (TA).

Trastorno por Estrés Agudo (TEA).

Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), o ...

Ver <http://revibapst.com>

Volumen 5, Número 1.



TEPT Comórbido: Muchos de los individuos con **Trauma Tipo 1**, cumple los criterios de al menos uno de una serie de **diagnósticos coexistentes** que generalmente incluyen trastornos:

- **Depresivos.**
- **De Ansiedad**
- **De Uso de Substancias y Adictivos.**
- **De Síntomas Somáticos.**
- **Disociativos.**
- **De la alimentación y el alimento.**
- **De la Personalidad.**

Odgen et al. Abordaje Sensorimotor del Tratamiento del Trauma y la Disociación (2006).
Clínicas Psiquiátricas de Norteamérica. Vol. 29. Págs.. 263-279.



Trauma Tipo 2:

a) Incidentes **Críticos** evidentes y repetitivos que generalmente se inician en la niñez y pueden continuar en la vida adulta.

A estas experiencias se les llama comúnmente **Trauma Complejo** o **Historias de Trauma Complejo.**



Trauma Tipo 2:

b) Traumas por Omisión/Negligencia: *negligencia biparental, ausencia de figuras de apego sustitutivas, abandono, inconsistencia en la presencia/conexión psicoemocional con los cuidadores primarios (vinculación parental), o falta de sintonía emocional con el niño (frialdad parental).*

A estas experiencias se les llama comúnmente Trauma Complejo o Historias de Trauma Complejo.



Sabo, A.N. (1997). Etiological significance of associations between childhood trauma and borderline personality disorder. *Revista Iberoamericana de Psicopatología y Disociación*, 11 (1):50-70

Por lo que el Trauma no es solo lo que ocurrió, sino también lo que no ocurrió (Trauma por Omisión/Negligencia)



Las experiencias de **trauma tipo 2 son prolongadas y repetidas, de naturaleza interpersonal (no son desastres naturales) y ocurren bajo circunstancias en donde escapar no es posible debido a restricciones físicas, psicológicas, de maduración (niñez), del medio ambiente o sociales.**



Los ejemplos más comunes son el abuso físico y sexual infantil, pero otros ejemplos pueden ser la violencia familiar, la violencia de género, el tráfico sexual comercial, el comercio de esclavos; ser niño soldado; ser víctima civil de guerra que ha experimentado tortura, campañas genocidas, u otras formas de violencia organizada.



Los diagnósticos Probables son:

En niños: Trastorno de Apego Reactivo o Trastorno de Compromiso Social Desinhibido.

En adultos: Trastorno por Estrés Postraumático, Trastornos de Ansiedad, Trastornos Depresivos, Trastorno Bipolar, Trastornos por uso de sustancias y adictivos, y Trastornos Disociativos.



¿CÓMO IMPACTA EL TRAUMA PSICOLÓGICO A LOS DIFERENTES TIPOS DE VÍCTIMAS?



***“DETRÁS DE CADA DELITO O
ACTO DE VIOLENCIA HAY
MUCHOS SERES HUMANOS
QUE SUFREN”***

Jarero, I. Abordaje Integral del Trauma Psicológico

Revista Iberoamericana de
Psicotraumatología y Disociación.

ISSN: 2007-8544



En cuanto a las **Víctimas Primarias**, sabemos que el Trauma Psicológico puede deteriorar su calidad de vida e incluso **llevar a ese ser humano al suicidio** (1).

1.- Berah, E., Jones, H.J., & Valent, P. (1984). *The experience of mental health team involved in the early phase of a disaster*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 18, 354-358.



Sin embargo, es poco conocido el hecho de que el Trauma Psicológico

“...se esparce como un virus que afecta a los familiares y amigos cercanos al/la sobreviviente, causándoles Trauma Secundario.”

(1).

1.- C.R.Figley (Ed.). (1995) Compassion fatigue: Secondary traumatic stress in helpers. New York: Brunner/Mazel.



Por lo que, en cuanto a las Víctimas Secundarias, aunque el trauma lo haya vivido un solo miembro de la familia, los otros miembros de la familia pueden llegar a experimentar miedo, enojo, dolor, angustia, etc., por el solo hecho de estar emocionalmente conectados al/la sobreviviente (víctima primaria).



“Esto es un ataque directo a la familia y por ende al tejido social de la comunidad, de ahí que el Trauma Psicológico sea un problema de salud pública”

Jarero, I. Abordaje Integral del Trauma Psicológico



Y ¿Qué sucede con las Víctimas Terciarias, los y las auxiliadores profesionales que tratan de ayudar a las víctimas primarias y secundarias?



Pueden desarrollar el Desgaste Profesional por Empatía



¿Qué es el Desgaste Profesional por Empatía?



Es el peligro asociado primariamente con los profesionales que atienden a las víctimas de eventos traumáticos (incidentes críticos) y está compuesto por al menos dos componentes...burnout y trauma secundario.

Adams, R. Figley, C, & Boscarino, J. (2008). The compassion fatigue scale: Its use with social workers Following urban disaster. *Research and Social Work Practice*, 18(3), 238-250



El Burnout es un estado de agotamiento físico, emocional, mental y *espiritual*, causado por una disminución de las habilidades para enfrentar el estrés de nuestra vida diaria y un largo involucramiento en situaciones demandantes.



El Trauma Secundario es absorber y retener el sufrimiento emocional de otros al interactuar con ellos.

Es cuando el trauma de otros nos traumatiza a nosotros.



**Esto se debe a una
Resonancia Psicobiológica
hacia la paciente/víctima.**

**Ésta es una respuesta autónoma
que se da a niveles conscientes e
inconscientes**

Jeannette Ambrose (2007) VIII International Congress on Traumatic Stress.



**De ahí que todos los que por
vocación y profesión
trabajamos con víctimas,
seamos potencialmente
vulnerables al sufrimiento de
aquellos a los que ayudamos.**

Jarero, I. (2008). Curso de Desgaste Profesional por Empatía.



“Los síntomas del Desgaste Profesional por Empatía, tienen el potencial de desbaratar, disolver y destruir carreras e incluso vidas y por ello deben de tratarse con gran seriedad”

1.- Gentry, J. (1999). *Compassion Satisfaction Manual*. Toronto, Canada: Psych Ink Resorces (p.25).



Resultados académicamente sustentados de estudios internacionales (1,2, 3), han llegado a la conclusión de que **las personas que trabajan con sobrevivientes de eventos traumáticos,**

- 1.- Beaton, R.D., & Murphy, S.A. (1995). Working with people in crisis : Research implications. In C.R. Figley (Ed.). Compassion fatigue: Secondary traumatic stress in helpers (pp.51-81) New York: Brunner/ Mazel.
- 2.- Herman, J.L. (1992). Trauma & Recovery. New York: Basic Books.
- 3.- Arvay, M. & Uhlemann, M (1996). Counselors stress in the field of trauma: A preliminary study. Canadian Journal of Counseling.



presentan una heterogeneidad de síntomas psicológicos, emocionales y físicos, algunos extendiéndose a enfermedades serias y finalmente, a una tasa de mortalidad más alta entre auxiliares profesionales que entre otros profesionales.



La vulnerabilidad aumenta cuando los auxiliares **no están actualizados con metodologías cuya eficacia esté comprobada científicamente**, ya que al no poder brindar una ayuda eficaz a las personas que lo necesitan y **mantenerlas sufriendo**; surgen sentimientos y pensamientos de impotencia, agobio y fracaso como profesionalista (1).

1.- Beavan, V, & Stephens, C. (1999). *The characteristics of traumatic events experienced by nurses on the accident and emergency ward*. Nursing Praxis in New Zealand, 14, 12-21.



La Sociedad Internacional de Estudios en Estrés Traumático (ISTSS) señala:

“Trabajar con sobrevivientes de eventos traumáticos requiere de **preparación especializada, amplio entrenamiento y apoyo profesional permanente**, que se debe de extender a lo largo de toda la carrera de trabajo con trauma” (1).

1.- Indirect Traumatization in Professionals Working with Trauma Survivors (2005).
ISTSS. www.istss.org/terrorism/indirect_trauma.htm.



De ahí la importancia de contar con entrenamientos específicamente diseñados para prevenir o recuperarse del Desgaste Profesional por Empatía.

1.- Indirect Traumatization in Professionals Working with Trauma Survivors (2005).
ISTSS. www.istss.org/terrorism/indirect_trauma.htm.

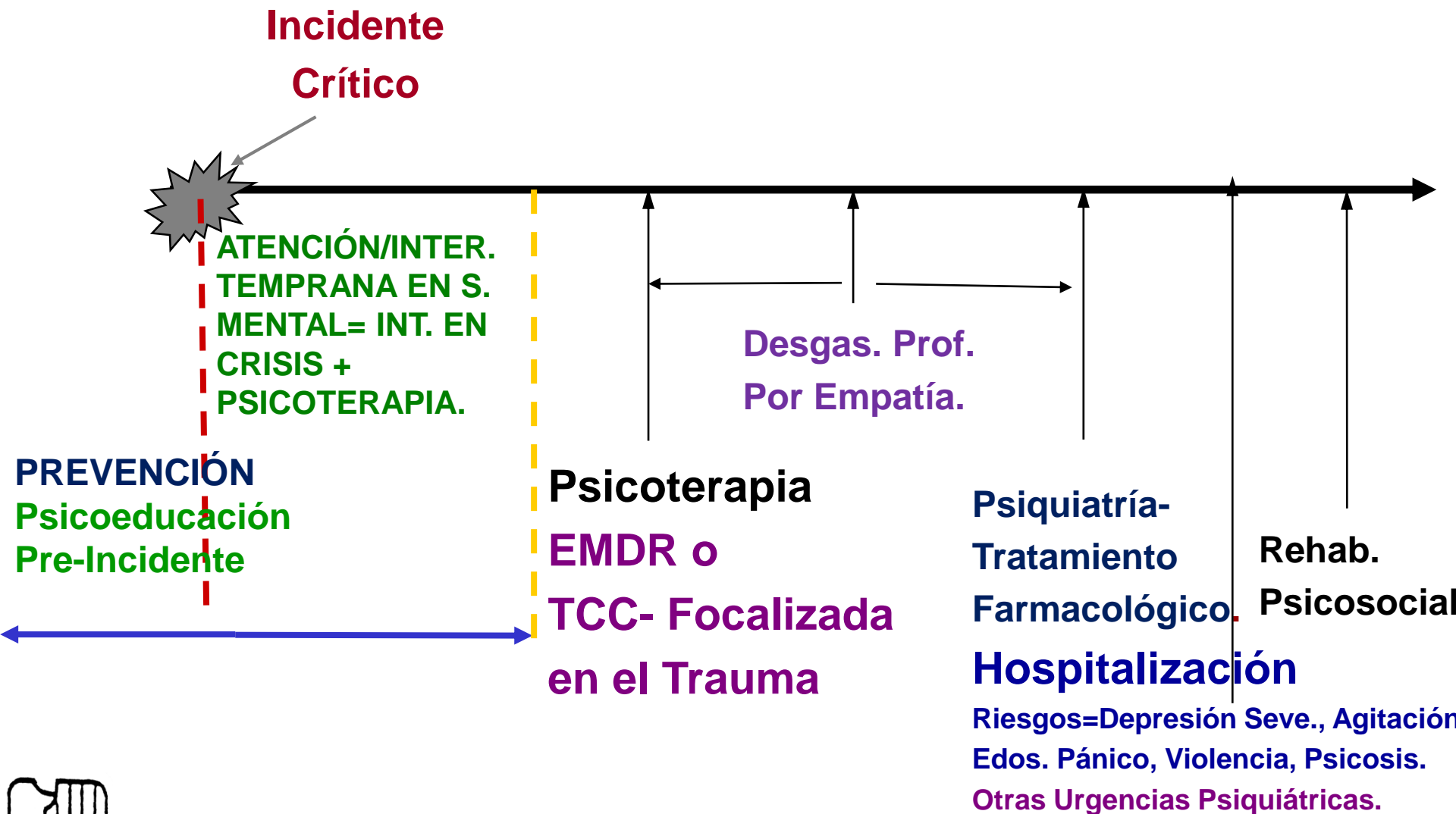


En Salud Mental, **la detección temprana**, **el diagnóstico correcto** y **la intervención oportuna** con el **tratamiento adecuado**, pueden cambiar drásticamente el destino de una persona.

Jarero, I. Abordaje Integral del Trauma Psicológico



Continuo de Cuidados Psicosociales para un Abordaje Integral del Trauma Psicológico



Un Continuo de Cuidados Psicosociales es una progresión de cuidados que se dan paso a paso y de forma cada vez más intensificada.

Everly, G., Mitchell, J. (2008). Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health. Chevron



**En medicina, vemos una
progresión de primeros
auxilios físicos, a soporte
básico de vida, a soporte
avanzado de vida, a cirugía
y rehabilitación.**

Everly, G., Mitchell, J. (2008). Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health. Chevron



**En intervenciones
psicosociales, vemos una
progresión que va desde
intervención en crisis
(incluida su intervención más
elemental llamada “primeros
auxilios psicológicos”)...**

Everly, G., Mitchell, J. (2008). Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health. Chevron



**...a intervenciones en crisis
más avanzadas, consejería
(Pérdida y Duelo),
psicoterapia, tratamiento
farmacológico,
hospitalización y
rehabilitación psicosocial.**

Everly, G., Mitchell, J. (2008). Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health. Chevron



Es un hecho reconocido que las intervenciones sociales tienen efectos psicológicos secundarios y que las intervenciones psicológicas tienen efectos sociales secundarios, como lo sugiere el término psicosocial.



La Intervención en Crisis, es el punto de entrada al Continuo de Cuidados Psicosociales posteriores al Incidente Crítico y puede ser el trampolín para servicios más avanzados.

Everly, G., Mitchell, J. (2008). Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health. Chevron



¿Qué es la Intervención en Crisis de Acuerdo al Modelo de la International Critical Incident Stress Foundation (ICISF)?



Son cuidados psicológicos urgentes, diseñados para primero estabilizar y después reducir los síntomas de sufrimiento/disfunción, con el fin de lograr un estado de funcionamiento adaptativo o facilitar el acceso a mayores cuidados cuando es necesario.

Everly, G., Mitchell, J. (2008). Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health. Chevron



El modelo de la ICISF no considera a la Intervención en Crisis como Psicoterapia.

Everly, G., Mitchell, J. (2008). Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health. Chevron

Revista Iberoamericana de
Psicotraumatología y Disociación.

ISSN: 2007-8544



¿Cuáles son sus Metas Principales?

Everly, G., Mitchell, J. (2008). Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health. Chevron



La Estabilización del funcionamiento psicológico a través de la cobertura de las necesidades físicas básicas y posteriormente de las necesidades psicológicas básicas.



Es importante la cobertura de necesidades físicas básicas antes que las necesidades psicológicas básicas.

Everly, G., Mitchell, J. (2008). Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health. Chevron



La **Mitigación** de los Síntomas de estrés posttraumático.



La Psicoeducación:

Dando información sobre síntomas normales y patológicos, así como lo que debe de hacerse para ayudar al procesamiento de la experiencia.



Le sugerimos estudiar y emplear el Tríptico de Primeros Auxilios Psicoemocionales que se encuentra en esta revista, en el Volumen 2, Número 1.



Facilitar el regreso a un nivel de funcionamiento adaptativo.

¿Es esta persona capaz de regresar sin ayuda a su casa, o trabajo?

Si la respuesta es SI, la Intervención en Crisis ha alcanzado un punto final razonable.

Si la respuesta es NO pasamos a



Evaluación para la
Identificación de aquellos
que necesitan **Mayores**
Cuidados y **Facilitar** su
acceso a un nivel más
avanzado de los mismos.



Un importante ejemplo de **PSICOEDUCACIÓN**, es dar información a los servidores públicos (en especial del sistema de impartición de justicia) de los efectos de la sintomatología postraumática en las víctimas del delito...

Castillo, I. (2008). *La Naturaleza de la narrativa traumática*. Conferencia



...misma que puede alterar los recuerdos y por lo tanto, la “narrativa traumática” del incidente y llevar a las autoridades a considerar como falsa la declaración de la víctima al ser confrontada con los hechos.

Castillo, I. (2008). *La Naturaleza de la narrativa traumática*. Conferencia.



Los servicios de Intervención en Crisis solo deben de ser proporcionados por personal **Debidamente Capacitado** y de forma Coordinada con las autoridades locales, para evitar la duplicidad de funciones y **acciones iatrogénicas**, como el que un solo sobreviviente se vea sometido a la intrusión de múltiples intervenciones en crisis brindadas por diferentes personas.



Salud Mental en Desastres

Son los principios y prácticas específicas de Intervención en Crisis Psicológica, así como salud mental comunitaria y clínica, aplicados a desastres.



**La Salud Mental en
Desastres, puede ser vista
como un subconjunto
funcional de la
Intervención en Crisis
Psicológica y como una
subespecialidad clínica.**



Para aquellas personas expuestas a estresores potencialmente traumáticos (como los desastres), los lineamientos del años 2013 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomiendan un modelo de cuidados en pasos...

World Health Organization (2013). Guidelines for the managements of conditions specifically related to stress. Geneva, WHO.



...en el que las intervenciones orientadas psicológicamente deben de ser el primer paso y el tratamiento biomédico (fármacos), si es que aún se necesita, debe de ser el último paso.

World Health Organization (2013). Guidelines for the managements of conditions specifically related to stress. Geneva, WHO.



**Le sugerimos leer los
lineamientos de la OMS que se
encuentra en el Volumen 5,
Número 1, de la Revista
Iberoamericana de
Psicotraumatología y
Disociación**

<http://revibapst.com>



Para quienes brindan ayuda a los **sobrevivientes a desastres**, existe la recomendación de identificar a los individuos traumatizados en el **periodo temprano** y proporcionarles **acceso** a **cuidados en salud mental** **si su sufrimiento persiste**, con el fin de **prevenir efectos a largo plazo**.

Holgersen, K.H., Klockner, C.A., Boe, H.J., Weisaeth, L., & Holen, A. (2011). Disaster survivors in their third decade: Trajectories of initial stress responses and long-term course of mental health.

Journal of Traumatic Stress, Vol. 24, No. 3, pp. 334-341.



De acuerdo a Watson y Shalev, **“la *Intervención Temprana en Desastres* debe de estar arraigada dentro de un sistema de salud mental en desastres multi -gradual y multi -disciplinario...**

Everly, G., Mitchell, J. (2008). Integrative Crisis Intervention and Disaster Mental Health. Chevron



...Las Intervenciones Tempranas deben de ser utilizadas de una manera *culturalmente sensitiva*, relacionada con la formulación de problemas locales y formas de afrontamiento, y aplicando flexibilidad, en formas que se ajusten a las necesidades y al contexto situacional y tomen en cuenta los estresores en curso, las reacciones y los recursos” (p. 123)



Es frecuente ver que en casos de Desastres, después de la IC, los auxiliadores no experimentados son propensos a abandonar el sitio del desastre con la impresión de que YA PASÓ LO PEOR.

Jarero, I. (2008) El desastre después del desastre.



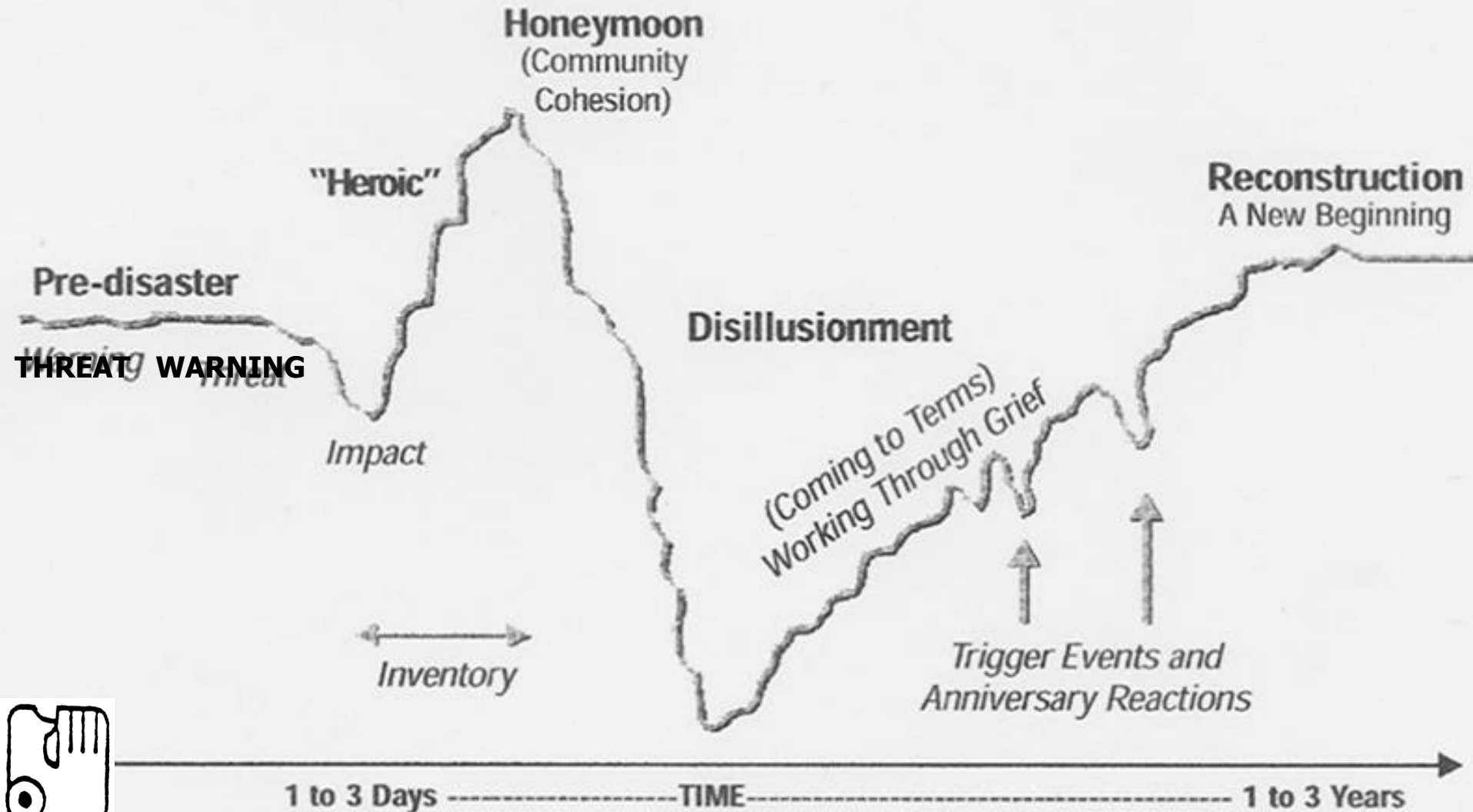
Y fallan en preparar a los sobrevivientes, a sus auxiliadores y a los/las profesionales en salud mental de la comunidad, para las manifestaciones del **Trauma Psicológico Complejo que se presentarán en un porcentaje de la población, durante las siguientes semanas y meses.**

Jarero, I. (2008) El desastre después del desastre.



FASES DEL DESASTRE

Myers and Zunin, 1990



Le sugerimos leer el artículo

**El Desastres Después del
Desastre: ¿Ya pasó lo peor?**

**Que se encuentra en el Volumen 1,
Número 1, de la**

**Revista Iberoamericana de
Psicotraumatología y Disociación**

<http://revibapst.com>



De ahí la necesidad de entrenar en abordajes psicoterapéuticos especializados, científicamente comprobados como efectivos y recomendados por organismos e instituciones internacionales, a profesionales de la localidad afectada y formar una comunidad clínica que pueda hacer frente a las necesidades de la población a mediano y largo plazo.

Jarero, I. (2008) El desastre después del desastre.

Revista Iberoamericana de
Psicotraumatología y Disociación.

ISSN: 2007-8544



**¿Qué sucede si después de la
Intervención en Crisis: atención
de las necesidades físicas
inmediatas, apoyo espiritual y
social, psicoeducación,
normalización, primeros
auxilios emocionales...**



...la persona presenta síntomas severos/significativos de estrés posttraumático, que le provocan perturbación clínicamente significativa, o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional, u otras áreas importantes de funcionamiento?



Que dicha persona pudo haber desarrollado cualquiera de los trastornos mentales que se mencionan a continuación y necesitará una **intervención psicoterapéutica especializada.**



Criterios Diagnósticos del DSM-5. 2013

Trastornos Relacionados con Trauma y Estresores

Incidente

Crítico



**TRASTORNOS
DE LA
ADAPTACIÓN**

LA
PERTURBACIÓN
COMIENZA
DENTRO DE LOS
PRIMEROS 3
MESES Y DURA
HASTA 6 MESES.

**TRASTORNO
POR ESTRÉS
AGUDO.**

LA DURACIÓN
DE LA PERTUR-
BACIÓN ES DE
3 DÍAS A UN MES.

**TRASTORNO
POR ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO
(TEPT)**

PRESENCIA DE
LOS SÍNTOMAS
POR MÁS DE UN
MES.

**TEPT CON
EXPRESIÓN
DEMORADA**

EL DIAGNÓSTICO
COMPLETO NO
SE CUMPLE
HASTA AL MENOS
6 MESES
DESPUÉS DEL
EVENTO.

Ver <http://revibapst.com>
Volumen 5, Número 1.



¿Qué Aproximación Psicoterapéutica Especializada podemos emplear para tratar estos Trastornos?



La Asociación Psiquiátrica Americana

dice:

“Cuando se escoge una estrategia específica para tratar el Trastorno por Estrés Agudo o el Trastorno por Estrés Postraumático, es importante **considerar el peso de la evidencia científica** que soporta la opción de **tratamiento**”.

1) Practice Guideline for the treatment of patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. *Supplement to the American Journal of Psychiatry*. Volume 161, Number 11, November 2004.



LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



RECOMIENDA LA

TERAPIA EMDR y la Terapia Cognitivo Conductual Focalizada en el Trauma

PARA TRATAR EL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT) EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y ADULTOS.

World Health Organization (2013). Guidelines for the managements of conditions specifically related to stress. Geneva, WHO.



OMS

“A diferencia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) focalizada en el trauma, la **Terapia EMDR no involucra (a) una descripción detallada del evento, (b) cuestionamiento directo de creencias, (c) exposición prolongada, o (d) tarea en casa.”**
(p.1).

World Health Organization (2013). Guidelines for the managements of conditions specifically related to stress. Geneva, WHO.

Revista Iberoamericana de
Psicotraumatología y Disociación.

ISSN: 2007-8544



OMS

“El tratamiento psicológico basado en la terapia EMDR no requiere que la persona verbalice los detalles del evento traumático. Comparado con TCC-FT, esto hace más fácil el tratamiento cuando el evento traumático (e.g., violencia sexual) conlleva estigma social y cuando el/la terapeuta están en riesgo de burn-out” (p.190).

World Health Organization (2013). Guidelines for the managements of conditions specifically related to stress. Geneva, WHO.



De ahí que, las Instituciones u Organizaciones que no avalen el empleo, o no reconozcan el peso de la evidencia científica de cualquiera de estas dos terapias, van en contra de los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud.



EL EMDR

EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND
REPROCESSING

REPROCESAMIENTO Y DESENSIBILIZACIÓN A TRAVÉS DEL
MOVIMIENTO OCULAR

**Una Alternativa Efectiva para el
Tratamiento del Trauma
Psicológico**



Definición Global:

El EMDR es un abordaje psicoterapéutico integrativo que ha sido investigado extensamente y probado ser efectivo para el tratamiento del trauma.



Definición Global:

El EMDR es un abordaje integrativo que se focaliza en diferentes aspectos de la vida humana dentro de una sola terapia.



Le sugerimos leer el artículo
¿Qué es el EMDR? que se
encuentra en el Volumen 2,
Número 2, de la Revista
Iberoamericana de
Psicotraumatología y
Disociación

<http://revibapst.com>



Le invitamos a visitar

www.amamecrisis.com.mx

www.emdrmexico.org

