

ESTANDARES DE LA PRÁCTICA DE LA PSICOTRAUMATOLOGIA

Tabla de contenidos

I. Propósito de los Lineamientos

II. Principios Éticos de la Práctica.

1. Respeto por la dignidad de la persona
2. Cuidado responsable.
3. Integridad en las relaciones
4. Responsabilidad con la sociedad.

III. Estándares de Práctica Humanitaria para los Practicantes de la Psicotraumatología Clínica.

1. Derechos Universales de los Pacientes.
2. Procedimientos para Reclutar Pacientes.
3. Procedimientos para Evaluación.
La Angustia de la Divulgación.
Rastreando el Evento.
Recuerdos Pasados.
Normalización como Parte de la Evaluación.
Creencias Limitantes.
Traumatización Secundaria.
Suicidio y Seguridad.
Evaluando si el/la pacientes está(n) preparado(s) para la Terapia de las Memorias Traumáticas.
Métodos de evaluación:
Entrevistas.
Método Psicofisiológico.
Inventarios de autoreporte.
4. Procedimientos para el Diagnóstico y el Reporte.
Diagnostico Clínico de TEPT y trastornos relacionados con trauma.
Diagnostico erróneo.
Reportando hallazgos clínicos.
Conservación de los expedientes.
5. Procedimientos para Establecer Seguridad.
Roles y limites.
Seguridad y estabilización.
Evaluando si el/la paciente(s) está(n) preparado(s).
6. Tratamientos Basados en la Exposición.
7. Procedimientos para Asegurar un Progreso Ajustado al Paciente.
Ritmo y tiempos.

Monitorear síntomas y progresos.
Identificar y trabajar con Flashbacks y Disparadores.
Exacerbación del síntoma.
Disociación durante la terapia.
Desestabilización/descompensación.

8. Procedimientos para el empleo de métodos riesgosos de tratamiento con consentimiento informado.
9. Alcanzar las metas de la terapia a través del consenso.
10. Terminación/ transición de sesiones regulares.
11. Relaciones actuales y el tema de los límites.
Relaciones duales.
Contacto sexual.
12. El tema de la recuperación de recuerdos de abuso.

IV. Estándares de Cuidado en Investigación para Personas Traumatizadas.

1. Derechos universales de los participantes en investigaciones.
2. Lineamientos para el diagnóstico del TEPT para propósito de investigación.
3. Procedimientos para usar métodos riesgosos de investigación con consentimiento informado.
4. Procedimientos para reclutar participantes para la investigación de forma humanitaria.
5. Procedimientos para recolectar datos de forma humanitaria. Principios Generales de Investigación
6. Procedimientos para reportar resultados e impresiones de forma humanitaria.

Los Códigos Relacionados con la Ética Profesional y las Referencias los podrán encontrar en <http://www.traumatologyacademy.org/standards.htm>

V. Antecedentes.

I.- PROPOSITO DE LOS LINEAMIENTOS.

Estos lineamientos buscan construir bases comunes a través de las disciplinas/profesiones para el tratamiento humanitario de personas que han sido traumatizadas. Estos individuos pueden experimentar un espectro de respuestas, incluyendo la persistente re-experimentación del evento traumático, evitación de los estímulos relacionados con el evento, embotamiento emocional y síntomas persistentes de aumento de la activación.

Debido a que los individuos traumatizados pueden sentir un profundo sentimiento de vulnerabilidad, deshumanización y traición, así como un desequilibrio cognitivo y emocional, se hace un llamado a incrementar el cuidado, proporcionando un ambiente sanador que conlleve respeto por su experiencia y su dignidad.

Estos lineamientos de la Academia de Traumatología no son solo para el empleo de los proveedores de tratamientos, sino también para trabajadores de primera línea (Ej.: policías, paramédicos, trabajadores de intervención en crisis, trabajadores de asistencia a víctimas, enfermeras, etc...), investigadores, abogados, medios de comunicación y otras profesiones que entren en contacto con personas traumatizadas.

Estos lineamientos se focalizan específicamente en la prevención e intervención de las complicaciones que pueden aparecer cuando se entra en contacto con las personas que han sufrido una experiencia traumática, tanto un solo evento como trauma crónico de larga duración (trauma complejo). Por lo que, estos lineamientos académicos son más genéricos y extensos en su alcance que los lineamientos para el tratamiento del TEPT de la International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS).

II. PRINCIPIOS ETICOS DE LA PRÁCTICA.

1. Respeto por la Dignidad de la Persona.

Las/Los psicotraumatólogos reconocen y valoran la diversidad personal, social, espiritual y cultural presente en nuestras sociedades sin emitir juicios. Como primer compromiso ético, los psicotraumatólogos hacen todos sus esfuerzos para proveer intervenciones respetando la dignidad de los pacientes.

Las/Los psicotraumatólogos asisten a las personas traumatizadas para que lleguen a un entendimiento de su experiencia traumática. Los psicotraumatólogos están dedicados a ayudar a que los individuos, grupos y comunidades construyan sobre sus fortalezas y aumenten sus habilidades de afrontamiento.

2. Cuidado Responsable.

Las/Los psicotraumatólogos ponen el máximo cuidado para asegurarse que sus intervenciones no causen daño.

Las/Los psicotraumatólogos, al proveer un servicio, tienen el compromiso de cuidar a aquellos que sirven, hasta que lleguen al final de su necesidad de cuidado, o que otro proveedor de servicio que esté calificado acepte la responsabilidad de cuidarlos.

Las/Los psicotraumatólogos apoyan a colegas en sus trabajos y responden rápidamente a las peticiones de ayuda.

Las/Los psicotraumatólogos reconocen que el servicio que se les da a sobrevivientes de eventos traumáticos conlleva un costo de estrés. Por ello se mantienen vigilantes de los síntomas de dicho estrés tanto en ellos/ellas como en sus colegas y aceptan que la dedicación al servicio de otros, impone la obligación de tener autocuidados para prevenir que se deteriore su desempeño profesional.

Las/Los psicotraumatólogos están comprometidos con su educación permanente en todas las áreas relacionadas con la respuesta al trauma psicológico.

Las/Los traumatólogos permanecen actualizados en su campo y se aseguran de que sus intervenciones son de acuerdo a los estándares internacionales más actualizados.

3. Integridad en las relaciones.

Las/Los psicotraumatólogos ejercen con toda claridad y precisión su entrenamiento, su capacidad y credenciales académicas.

Las/Los psicotraumatólogos restringen su práctica a las aproximaciones, modelos, métodos y problemas para los cuales están apropiadamente entrenados y calificados.

Las/Los psicotraumatólogos refieren al paciente o buscan rápidamente la consulta de colegas con la experiencia apropiada; asimismo apoyan la solicitud a ser referidos o a que consulte a otro colega, hecha por sus pacientes.

Las/Los psicotraumatólogos toman muy en serio el acuerdo de confidencialidad, asegurándose que los derechos de confidencialidad y privacidad serán mantenidos para aquellos a los que sirve.

Las/Los psicotraumatólogos no deben, a excepción de una emergencia en la cual no haya otra persona calificada disponible, dar servicios profesionales a las personas con quienes ya tienen vínculos emocionales o una relación externa de responsabilidad.

Las/Los psicotraumatólogos deben abstenerse de entrar en otro tipo de relación con clientes actuales o pasados, especialmente relaciones sexuales o relaciones que normalmente conllevan responsabilidad.

Dentro de las organizaciones, las/los psicotraumatólogos aseguran la confidencialidad dentro de los alcances posibles y de acuerdo a las políticas de la organización; informan explícitamente a los pacientes de los alcances y de los riesgos de confidencialidad si aceptan servicios dentro de la organización; y están preparados/as para referir a quienes lo deseen.

4. Responsabilidad con la Sociedad.

Las/Los psicotraumatólogos están comprometidos a responder a las necesidades generadas por Incidentes Críticos, no sólo a nivel individual, sino también a nivel de la comunidad y de las organizaciones de la comunidad, de las formas que son consistentes con sus estudios, entrenamiento y capacidad.

Las/Los psicotraumatólogos reconocen que su profesión existe gracias a que la sociedad espera que funcionen como recursos sociales valiosos. Buscan educar a las agencias de gobierno y a otros grupos de consumidores acerca de su experiencia,

servicios y estándares, y apoyan los esfuerzos de estas agencias y grupos para asegurar beneficios sociales y la protección del consumidor.

Las/Los psicotraumatólogos que tienen conocimiento de actividades de sus colegas que puedan indicar violaciones éticas o daño en su desempeño profesional, buscarán primero tratar de resolver el problema mostrando una gran preocupación y ofreciendo ayuda directa a esos colegas. Si no encuentran una solución satisfactoria, las/los psicotraumatólogos cumplirán con su obligación profesional para con la sociedad acudiendo a las autoridades de sociedades profesionales o gubernamentales con jurisdicción sobre el problema.

III. ESTANDARES DE PRÁCTICA HUMANITARIA PARA LOS PRACTICANTES DE LA PSICOTRAUMATOLOGÍA CLÍNICA.

1. Derechos Universales de los Pacientes.

Todos los pacientes tienen derecho:

- A ser tratados en todo momento con respeto, dignidad y preocupación por su bienestar.
- A no ser juzgados por comportamientos que hayan manifestado, ya sea en el momento del Incidente Crítico o después del mismo.
- A rechazar el tratamiento, a menos que el hecho de no recibir el tratamiento los ponga en riesgo de dañarse a ellos mismos o a otros
- A ser tratados como colaboradores en su propio plan de tratamiento.
- A dar un consentimiento informado antes de recibir el tratamiento
- A no ser discriminados en base a raza, cultura, sexo, religión, orientación sexual, nivel socio-económico, incapacidad o edad.
- A que se cumplan todas las promesas razonables.

2. Procedimientos para Reclutar Pacientes.

Obtener el consentimiento informado de los pacientes, proporcionándoles información de lo que pueden esperar mientras reciben los servicios profesionales.

Además de la información general proporcionada a todos los nuevos pacientes, los pacientes traumatizados que se presentan a *psicoterapia*, deben también recibir información sobre:

- Los posibles efectos a corto y largo plazo del tratamiento del trauma en el paciente y en sus relaciones con otras personas.
- La cantidad de perturbación que por lo general se experimenta con cualquier tratamiento de trauma en particular.
- Posibles efectos iatrogénicos de un tratamiento de trauma en particular.
- La posibilidad de caídas y recaídas durante la realización del trabajo del trauma y aclaración de que éstas son una parte normal de la sanación y que pueden ocurrir.

Se le debe informar a los pacientes que van a obtener asistencia legal que el involucrarse en el procedimiento legal puede vivirse como re-traumatizante. Puede ser de ayuda para los pacientes victimizados que están involucrados en trámites legales, el estar informados que un fallo de “no culpable” es un fallo legal (basado en el grado de evidencia disponible) y no es una declaración sobre si el/los evento(s) en cuestión sucedieron. También deben recibir de parte de un abogado o algún otro profesional calificado información sobre:

- La naturaleza del procedimiento legal del caso específico del paciente.
- La duración y costo estimados de los servicios legales.
- Qué esperar durante las investigaciones de la policía.
- Procedimientos de los tribunales.
- Información completa sobre todos los resultados posibles.
- Qué esperar durante una examinación cruzada (careo).

Las/Los terapeutas deben estar conscientes de la legislación actual en sus jurisdicciones en cuanto a la revelación de la información del paciente. Consultar con abogados calificados. Los terapeutas no deben dar consejos legales o guiar a sus pacientes.

Si los pacientes demuestran interés en iniciar un juicio civil o criminal, se les debe alentar a considerar las formas en que están o no están preparados para ello, incluyendo su propio estado mental, capacidad para la resiliencia, y la pérdida inevitable de la confidencialidad.

Los pacientes que se presenten para *servicio médico* deben recibir información sobre:

- La naturaleza del tratamiento médico que van a recibir.
- El costo del tratamiento.
- Cualquier incomodidad o dolor que el paciente pueda experimentar durante el tratamiento

3. *Procedimientos para Evaluación.*

La Angustia de la Divulgación.

La evaluación del trauma puede ser muy estresante para algunas personas y el proceso de hablar sobre el trauma puede alterar el estado del paciente. Si el paciente está muy angustiado o inestable, habrá que posponer la evaluación hasta que el paciente esté lo suficientemente estabilizado para que los datos de la evaluación no se contaminen con reacciones negativas hacia la evaluación o el profesional.

El medio ambiente de evaluación en sí puede ser un disparador para los pacientes traumatizados. Se tiene que proporcionar un medio ambiente seguro para la evaluación y desarrollar tanta empatía (*rapport*) como sea posible con el paciente. Antes de iniciar explicar los procedimientos de las pruebas. Informar al paciente que las pruebas pueden ser estresantes. Una plática después de la evaluación puede ayudar al paciente en el proceso de recordar eventos traumáticos.

Explicar detalladamente la naturaleza del proceso de evaluación al paciente antes de empezar la evaluación. Explicar cualquier formato de auto-reporte que deba llenarse. Los pacientes podrán tomar la decisión de si desean o no continuar con la evaluación. Una vez concluida la evaluación, señalar a los pacientes sus logros y sus fortalezas al haber enfrentado su experiencia traumática.

Siempre sigan el ritmo de la evaluación basándose en la conducción del paciente y síganlo respetuosamente sin investigar más allá de lo que el paciente está dispuesto o capacitado. La voz deberá ser calmada y tranquilizante, al igual que el comportamiento del/la profesional.

Puede ser contraindicado seguir con la evaluación si los pacientes se sienten más estresados, alterados, enojados, tangenciales, alejados, inundados con flashbacks o respuestas disociativas. En dichas circunstancias, se debe estabilizar al paciente.

Algunos pacientes que han experimentado abuso infantil crónico pueden tener miedo a divulgar sus historias de abuso debido a los sentimientos relacionados con el trauma de la traición, incluyendo temor al abandono por la divulgación. Se debe brindar al paciente seguridad clara y concreta que el profesional no lo abandonará por lo que divulgue.

Rastreando el Evento.

Tener cuidado de evitar cualquier manifestación que el paciente pueda percibir como un indicador de culpa por haber “fallado” en su recuperación.

Cuando los pacientes están reportando sus experiencias traumáticas, sigan la pauta/ritmo que el paciente les marque.

Recuerdos Pasados.

Algunos pacientes pueden dudar si algún evento traumático sucedió o no, y por lo tanto, desviarse del propósito de la evaluación. En tales circunstancias, habrá que educar al paciente sobre las propiedades de la memoria, incluyendo que los recuerdos no son necesariamente una representación exacta de eventos pasados, y que eventos y emociones subsecuentes pueden tener el efecto de alterar la memoria original. Se les debe informar a los pacientes que probablemente no será posible determinar si ese evento sucedió o no; pero que sin embargo el tratamiento será efectivo en aliviar el sufrimiento.

Normalización como Parte de la Evaluación.

Incluir un componente psicoeducacional que normalice la respuesta del paciente al evento traumático. Tener cuidado de no minimizar los efectos del trauma.

Creencias Limitantes.

Incluir la evaluación de cualquier Creencia Limitante, tal como “No merezco ser amada, no merezco sanarme”, etc. Trabajar con estas creencias es una parte importante del tratamiento.

Traumatización Secundaria.

Si los pacientes no han experimentado un evento traumático directamente, hay que estar alertas a la posibilidad de traumatización secundaria, en donde los individuos pueden presentar síntomas postraumáticos por haber escuchado las historias traumáticas de otros.

Suicidio y Seguridad.

Conducir una evaluación de riesgos siempre que los indicadores básicos revelen potencial para suicidio, daño a sí mismo o daño a otros.

Investigar si existe tal riesgo en la evaluación inicial y a través de la duración del tratamiento.

Si usted no está calificado o no se siente cómodo trabajando con pacientes con inestabilidad intensa, o ideaciones/sentimientos suicidas u homicidas, examine estos temas con el/la paciente durante el contacto telefónico inicial y proporcione las referencias apropiadas.

Evaluando si el/la pacientes está preparado para la Terapia de las Memorias Traumáticas.

Preguntar a los pacientes sobre su deseo de trabajar en las memorias traumáticas antes de iniciar el trabajo. Evalúen su motivación y confianza en su propia habilidad para el cambio. Si un paciente muestra señales o síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) Complejo, Trastorno de Identidad Disociativo (TID), u otros trastornos Disociativos, habrá que usar extrema precaución al utilizar intervenciones para trabajar con las memorias traumáticas. La estabilización es necesaria antes de proceder a trabajar con el material traumático.

Evaluar la habilidad del paciente para la automodulación de afectos entre sesiones y durante la sesión clínica. Desarrollar estrategias para que el paciente aumente su capacidad de automodulación de afectos.

Métodos de Evaluación.

a) Entrevistas.

Cuando se entreviste a pacientes debido a secuelas relacionadas con el trauma, monitorear las reacciones de los pacientes en cuanto a perturbación excesiva durante la entrevista. Una cobertura excesiva del material traumático puede ser abrumadora para algunos pacientes. Se debe establecer un buen nivel de empatía y mostrar sensibilidad a través de las entrevistas, teniendo cuidado en normalizar o eliminar la estigmatización de la violencia interpersonal.

Emplee “anclas de conducta” cuando evalúe el criterio A de TEPT (el acontecimiento traumático específico) con el fin de eliminar la posibilidad de que no lo reporten, especialmente en casos de victimización interpersonal. Por ejemplo, en lugar de preguntar “fuiste violada” debemos preguntar sobre conductas específicas que describen la violación.

Cuando revisemos material traumático debemos emplear entrevistas no estructuradas o semi-estructuradas que permitan seguir el ritmo del paciente. Durante estas entrevistas, además de evaluar secuelas postraumáticas específicas, debemos evaluar temas de comorbilidad, motivación y preparación para la psicoterapia, rigidez de la distorsión cognitiva, aspectos de ideación o intención suicida u homicida, así como metas personales.

Conforme avanza la entrevista, monitoree las reacciones del/la paciente a las preguntas. Si el paciente se perturba demasiado, se puede dar por terminada la entrevista. El procedimiento puede ser abrumador o retraumatizante y esto afectaría la calidad de la entrevista debido a la evitación o confusión.

Entrevistas Clínicas Estructuradas. El beneficio de usar estas entrevistas es la posibilidad de adquirir profunda evidencia de TEPT y la oportunidad de explorar síntomas del DSM o detalles del evento en cualquier etapa del proceso de entrevista.

b) Método Psicofisiológico.

Cuando se empleen estímulos relacionados al trauma (fotografías, cintas de audio, narrativa, imaginación, etc.) para evaluar síntomas fisiológicos postraumáticos, se debe permanecer con el paciente todo el tiempo y monitorear signos de estrés excesivo. Si el paciente se pone muy perturbado o abrumado se debe de detener el estímulo.

Siempre se debe de explicar al paciente el procedimiento psicofisiológico de evaluación y obtener su consentimiento antes de iniciar el trabajo. Se debe de mostrar a los pacientes el equipo que se empleará y explicarles su uso.

Siempre se debe de explicar al paciente lo que estamos a punto de hacer y obtener su permiso antes de aplicar cualquier aparato.

Se debe de dar la autoridad al paciente para detener el procedimiento en cualquier momento, y ponerse de acuerdo con él/ella en señales no verbales para que el paciente lo comunique (Ej. señal de alto con la mano) en caso de que tenga dificultad para verbalizarlo durante el procedimiento.

c) Inventarios de Autoreporte.

Se pueden emplear inventarios de autoreporte para trauma como los de Briere, Carlson, Wilson & Kane.

4. Procedimientos para el Diagnóstico y el Reporte.

Diagnostico Clínico de TEPT y trastornos relacionados con trauma.

Cuando se evalúan las secuelas postraumáticas, los asesores deben familiarizarse con la miríada de posibles secuelas y trastornos, incluyendo variaciones en expresiones culturales de trastornos postraumáticos.

Los trastornos postraumáticos de acuerdo al DSM-IV, cuarta edición, incluyen, pero no se limitan a:

- Trastorno por Estrés Agudo (TEA).
- Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT).
- Trastorno psicótico breve con desencadenantes graves.
- Depresión mayor.
- Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (DESNOS).
- Amnesia Disociativa.
- Fuga Disociativa
- Trastorno de Identidad Disociativo.
- Trastorno de Despersonalización
- Trastorno Disociativo no especificado.

Para hacer una pre-evaluación de la disociación podemos emplear el instrumento Dissociative Experiences Scale (DES). Si después de usar el DES se espera comorbilidad con trastorno disociativo, se debe de conducir una entrevista estructurada más amplia para explorar los síntomas. La entrevista para medir los trastornos disociativos (DDIS), o la entrevista clínica estructurada para los trastornos disociativos del DSM-IV-Revisado (SCID-D-R) son recomendables. Si el paciente cumple con los criterios para el Trastorno de Identidad Disociativo o tiene altos puntajes en las medidas de síntomas disociativos, debemos estar alerta de complicaciones potenciales cuando hagamos intervenciones para trauma.

En adición, existen límites culturales específicos de respuesta al estrés, de los que la/el clínico debe estar alerta cuando trabaje con pacientes multiculturales, incluyendo:

- Ataque de nervios.
- Nervios.
- Susto.

Otros trastornos que aparecen en el DSM-IV algunas veces asociados con el trauma incluyen:

Trastorno de Conversión.
Trastorno de Somatización.
Trastorno Límite de la Personalidad.

Todas las posibilidades diagnósticas deben ser consideradas dado el traslape de síntomas postraumáticos con otros trastornos. De esta forma evitaremos dejar de identificar otros trastornos como perturbaciones postraumáticas y viceversa.

Algunos pacientes no cumplen todos los criterios de un trastorno en particular, sin embargo experimentan perturbación significativa o deterioro como resultado del trauma.

Evitemos apresurar al paciente a aceptar un diagnóstico en cualquier etapa de la evaluación o del tratamiento, y respetemos su tiempo, ritmo y disposición para integrar la información.

Diagnóstico erróneo.

Evaluar siempre TEPT así como sus rasgos y trastornos asociados, aunque no hayan sido reconocidos por el profesional que nos refiere al paciente. Debemos tener cuidado de no subestimar la prevalencia de diagnósticos erróneos procedentes de la fuente de referencia.

Tener cuidado en la elección de los instrumentos de evaluación y en la interpretación de medidas más genéricas. Utilizar instrumentos específicos para la medición del trauma con el fin de aumentar la información de las medidas genéricas. Muchos instrumentos genéricos tienen una insuficiente sensibilidad para detectar síntomas postraumáticos, y pueden clasificar erróneamente los síntomas de trauma como otros trastornos, incluyendo trastornos de la personalidad o psicosis.

Los síntomas postraumáticos intrusivos pueden aparecer en las medidas genéricas como indicativos de alucinaciones, obsesiones, procesos primarios o simulación de enfermedad. La evitación disociativa puede aparecer como un indicativo de pensamiento fragmentado, estados internos caóticos o signos negativos de esquizofrenia. El fenómeno cognitivo basado en el trauma puede mostrarse como evidencia de paranoia u otros procesos de alucinación. De igual manera, las respuestas al Rorschach en personas severamente traumatizadas pueden erróneamente sugerir trastornos de personalidad o psicosis.

Mantenerse alerta a posibles síntomas no reportados. Pacientes que muestran síntomas de evitación (incluyendo la disociación) pueden negar o enmascarar los síntomas relacionados al trauma. Poner mucha atención en las presentaciones clínicas postraumáticas, facilitar un medio ambiente para la evaluación que mantenga la evitación del paciente a un mínimo, y emplee instrumentos con medidas sensibles al trauma.

Cuando los pacientes se presentan con conductas dramáticas, sexualizadas o manipulativas, es importante reconocer éstas como posibles síntomas de un trauma temprano, en lugar de asumir que sirven como una ganancia secundaria o reflejan “procesos de pensamiento primario.”

Reportando hallazgos clínicos.

Cuando se escriban notas clínicas, hay que escribirlas como si el cliente estuviese sentado a nuestro lado leyendo cada palabra.

En general las notas deben incluir los problemas tratados en la sesión y las intervenciones usadas. Utilice descripciones del comportamiento (Ej. Lo que su paciente dijo e hizo) y escriba sus palabras exactas entre comillas cuando sea posible. Sea breve, pero utilice suficientes detalles de tal manera que un lector independiente pueda tener un entendimiento básico de lo que pasó en la sesión.

Ponga atención al lenguaje. Por ejemplo, “reaccioné sexualmente” vs. “fui promiscua.”

Evite interpretaciones descuidadas, especulaciones y suposiciones. El contenido de las notas debe estar basado en estándares de cuidado y ciencia empírica sobre efectividad de tratamiento.

Sea breve acerca de los detalles de flashbacks. De inicio, tome nota del rango de memoria de su paciente; por ejemplo, lo que él ó ella siempre recuerdan. Tome nota del momento en que sucedieron los flashbacks. Por ejemplo, “recuerdo estar limpiando una sustancia blanca en el piso del baño”. Deje espacio en blanco en la página para aclaraciones y correcciones futuras. Si el recuerdo está inconcluso, méncionelo así.

Conservación de los expedientes.

Manténgase al tanto de las disposiciones legales en su país/estado sobre las notas clínicas.

La siguiente información ha sido solicitada para ser usada durante juicios en la corte de los Estados Unidos: cintas de audio / video; dibujos de los pacientes durante la sesión; lo que escribió el/la paciente durante la sesión; el diario de los pacientes; diagramas, gráficas; reportes de evaluación; reportes de asesoría sobre el caso; reportes a las agencias que pagaban las consultas; recibos de pago, libros de citas del/la clínico; material almacenado en computadora; fotografías; contabilidad; notas escritas en pedazos de papel.

No reemplace notas originales con notas “substitutas” escritas después del hecho. Consulte con abogados u otros profesionales calificados con respecto a como hacer correcciones de las notas, sin embargo, las notas originales siempre deben preservarse tal cual se tomaron.

5. Procedimientos para Establecer Seguridad.

Roles y Límites.

La estructura de roles y límites debe ser clarificada desde el principio de las sesiones y gentilmente recordada siempre que sea requerido.

Seguridad y Estabilización.

Es crucial para los pacientes sentirse relativamente seguros antes del procesamiento del trauma. Los medios específicos para facilitar un sentido de seguridad para los pacientes pueden ser encontrados en Briere, 1996; Herman, 1992; Matsakis, 1994; Meichenbaum, 1994; van der Kolk, McFarlane, & van der Hart, 1996.

Siempre dé a los pacientes la opción de escoger cuando y cuanto material traumático revelar, respetando sus límites y defensas para evitar la re-traumatización.

Informe a los pacientes desde el principio acerca de cualquier limitante de su disponibilidad para ellos. Ej. Horarios para recibir llamadas, vacaciones, fines de semana.

Los pacientes deben tener estabilidad dentro de su vida antes de procesar material traumático, incluyendo estabilidad en áreas de peligro o revictimización potenciales. Tratar temas como el uso de alcohol y drogas; la regulación de afectos; habilidades para lidiar con *flashbacks* entre sesiones; y así sucesivamente. Documente la discusión con los pacientes acerca de la necesidad de los cuidados básicos. Cuando sea indicado proporcione datos de los recursos comunitarios (Ej. Ayuda legal, causas de transición, etc.)

En general, la estabilización dentro de las sesiones puede ser facilitada a través de la reducción del estímulo, re-aseguramiento de que están a salvo, y la presencia en el aquí y el ahora.

Los pacientes que han hecho frente al abuso de sustancias y que logran estar sobrios, puede encontrarse inundados por flashbacks y con otras imágenes intrusivas.

Evaluando si el/la pacientes está(n) preparado(s).

Proceda a explorar el material del trauma solo cuando hay evidencia de la estabilidad del paciente en relación con su capacidad de modulación de afectos, con su seguridad, con el cuidado de sí mismo, con el manejo de síntomas y con el manejo de disparadores.

Poner atención particularmente a:

- Enojo extremo, ansiedad, dependencia o fragmentación cuando el material traumático sea mencionado.
- Flashbacks, pesadillas, o intrusiones excesivas en respuesta a intervenciones terapéuticas.

6. Tratamientos Basados en la Exposición.

Aunque revisiones recientes de la literatura sugieren que las terapias para trauma basadas en exposición suelen ser efectivas y bien toleradas en el tratamiento del TEPT simple o no complejo, reacciones adversas a la terapia de exposición han sido señaladas en personas con TEPT, tanto en estudios empíricos como anecdóticos.

Algunos individuos traumatizados evidencian una exacerbación de los síntomas después de los tratamientos de exposición. Por otra parte, algunos estudios sugieren que la exposición puede ser efectiva con la sintomatología de intrusión, pero tiene poco efecto en síntomas de evitación y embotamiento emocional. Estudios empíricos han sugerido que la exposición gradual y controlada a estímulos relacionados con el trauma y la

integración narrativa son efectivas en el tratamiento de síntomas de intrusión. En Agosto de 1999, una búsqueda en base de datos mostró que no hay estudios empíricos publicados sobre los efectos de las terapias de exposición con personas que tienen formas más complejas de TEPT o Trastornos Disociativos.

Tenga precaución con el uso de tratamientos basados en exposición con pacientes que muestren los siguiente signos o síntomas, pues existen algunas evidencias que sugieren que están en mayor riesgo de sufrir retraumatización, incrementos en la ansiedad y el pánico, abuso de alcohol, mayor culpa y vergüenza y pensamientos obsesivos después de la exposición:

- Abuso actual de sustancias.
- Historia de impulsividad.
- Crisis a lo largo de la vida, como intentos suicidas.
- Fracaso anterior en tratamiento con terapia de exposición.
- Historial de incumplimientos.
- Reclamación reciente por compensación.
- Dificultad en el uso de la imaginación.
- Ausencia de re-experimentación de síntomas.
- Inhabilidad para tolerar aumento intenso aumento de la activación.
- Historia o presencia de algún trastorno psiquiátrico co-existente

Es importante tomar medidas para asegurar que el ritmo y los tiempos de las intervenciones basadas en exposición sean cuidadosamente monitoreados.

Poner énfasis en la integración de cognición y afecto y dar al paciente el tiempo suficiente para procesar sus recuerdos.

7. Procedimientos para Asegurar el Progreso Ajustado al Paciente (Profundidad, Amplitud, Intensidad)

Ritmo y Tiempos.

Revisar frecuentemente las decisiones relacionadas con el ritmo y los tiempos en colaboración con el paciente.

Evite adentrarse demasiado rápido a las memorias traumáticas, ya que esto puede incrementar el riesgo de auto-destrucción, agresividad, o comportamientos psicóticos y abuso de sustancias.

Evite avanzar demasiado rápido en el tratamiento o terminar prematuramente la terapia, con pacientes que tengan un conocido historial de trauma aunque parezca asintomático. Estos pacientes pueden tener una fragilidad subyacente enmascarada por una apariencia de alto funcionamiento.

Si es necesario, permita de mutuo acuerdo, pausas de tiempo en que el/la paciente no vaya a terapia.

Baje la velocidad de las intervenciones y/o ajuste la intensidad de las mismas cuando los pacientes traten de graduar y controlar la intensidad emocional que viene de confrontar recuerdos, imágenes o sentimientos muy amenazantes.

Esté pendiente de los signos de necesidad de graduación y control. En formas moderadas incluyen:

- Periodos en silencio.
- Disociación.
- No entender conceptos que son usualmente fáciles de comprender.
- Cambios repentinos en la dirección de la discusión.

En niveles más extremos, la graduación y el control pueden implicar:

- Conductas agresivas.
- Ataques verbales.
- Distracción con materiales sexualizados o erotizados.
- Un incremento en el comportamiento desafiante.
- Terminar la terapia.

Monitorear Síntomas y Progresos.

Monitoree al paciente muy cuidadosamente para asegurarse de que el trabajar con material traumático no abruma las capacidades internas del paciente, lo retraumatice, o resulte en una evitación excesiva por parte del paciente.

Examine frecuentemente el estado emocional del paciente; observe cuidadosamente la comunicación verbal y no verbal.

Si ocurre algo de lo siguiente, vaya más despacio:

- Resistencia.
- Flashbacks repetitivos.
- Retiro disociativo.
- Regresión.
- Fragmentación del funcionamiento del Yo.
- Abuso de Substancias.
- Auto-mutilación.

- Comportamientos sexuales excesivos.

Tenga mucha precaución y evite lo siguiente:

- Empujar al paciente a un procesamiento rápido del material traumático.
- Animar a los pacientes a describir material en detalle y usar técnicas de exposición antes que la seguridad y la estabilización se hayan conseguido.
- Usar en demasía intervenciones estresantes (Ej., role-playings, trabajo en grupo, imaginación guiada).
- Dar confrontaciones o interpretaciones que son demasiado provocadoras.
- Demandar que el paciente trabaje mas duro y que deje de resistirse.

Identificar y Trabajar con Flashbacks y Disparadores

Ayude a los pacientes a identificar y manejar los flashbacks y disparadores entre sesiones. Normalice y eduque.

Si a un paciente se le disparan fuertes memorias traumáticas en sesión, ayude a que el paciente se concentre en los hechos de lo que está pasando aquí y ahora.

Tenga cuidado con la meditación y con técnicas relacionadas con pacientes que son inundados por flashbacks y otros síntomas intrusivos, pues esas técnicas pueden inducir estados disociativos y subsecuentemente pánico.

Exacerbación del Síntoma.

Vaya despacio y reconsidere el curso de la terapia si los síntomas empeoran dramáticamente durante la exploración activa del trauma. Los síntomas incluyen disociación, atacar, o gritar repetidamente y de forma estereotipada.

Cuando los pacientes estén agitados y con angustia, explore con el paciente que es lo que está causando ese estado. Cuando los pacientes se estén sintiendo agitados o angustiados por el peligro actual en sus vidas o ambiente, es peligroso detener o calmar respuestas que actúan como una señal de advertencia.

Disociación durante la Terapia.

Aunque cierto grado de disociación defensiva es apropiado, particularmente al inicio del tratamiento, la continua disociación puede interferir con el proceso de curación. Esté pendiente de los signos de disociación, los cuales incluyen:

- Vista fija o congelada.
- Repentino aplanamiento de los afectos.
- Largos periodos en silencio.
- Voz monótona.
- Movimientos estereotipados.

- Respuestas irreales.
- Intelectualización excesiva.

Pida a sus pacientes que estén atentos a sus comportamientos disociativos y pregúnteles si pueden bajar dichos comportamientos a su más mínimo nivel, en caso de ser posible.

Si la disociación continúa, disminuya el nivel de angustia inmediata del paciente o incremente el nivel de modulación de afectos del paciente.

Desestabilización/ Descompensación

La Desestabilización se refiere a una disminución crónica del funcionamiento en el mundo exterior debido a eventos intrapsíquicos incontrolables.

Los signos de desestabilización incluyen:

- Aumento de la dependencia del paciente en el/la terapeuta.
- Síntomas muy llamativos.
- Desamparo.
- Desesperanza.

Si la desestabilización o descompensación ocurre durante la terapia, inmediatamente consolide, apoye y calme y evite cualquier exploración adicional del material traumático, como un intento de re-instalar un sentido de control y estabilidad.

Distinga entre (a) un aumento normal en los síntomas y (b) la desestabilización. Evite intervenciones innecesarias tales como violar la confidencialidad, medicaciones y hospitalizaciones si los síntomas del paciente aumentan pero no están desestabilizados. Tales intervenciones, cuando no es necesario, pueden volver a traumatizar al paciente.

Sin embargo, sea receptivo a la escalada de angustia del paciente. Si los pacientes observan una baja receptividad a su angustia como evidencia del abandono o incompetencia del terapeuta, esto puede resultar en más descompensación o disforia.

8. Procedimientos para el empleo de métodos riesgosos de tratamiento con consentimiento informado.

Defina con el paciente en qué consiste el tratamiento y todos los posibles riesgos de comprometerse con dicho tratamiento. Proporcione al paciente un resumen escrito de los procedimientos y riesgos involucrados. Obtenga un consentimiento por escrito.

9. Alcanzar las metas de la terapia a través del consenso.

Colabore con su paciente en el diseño de un contrato claramente definido que especifique una meta clara en un periodo de tiempo determinado, o un contrato para un proceso más abierto con evaluaciones periódicas del progreso y sus objetivos.

Informe a los Pacientes sobre el Proceso de Sanación.

- Describa claramente al paciente la naturaleza del proceso de sanación, asegurándose que el paciente lo entienda.
- Aliente a los pacientes a preguntar sobre cualquiera o todos los aspectos del tratamiento y sobre la relación terapéutica. Conteste a sus pacientes de manera que ellos puedan comprender.
- Aliente a los pacientes a que le informen a usted si el material discutido llegase a ser abrumador o intolerable.
- Informe a los pacientes sobre la necesidad de ponerse en contacto con usted o con los servicios de emergencia si se sienten en estado suicida, homicida o fuera de contacto con la realidad.
- Informe a los pacientes en qué consiste la recuperación.
- Aclare cualquier creencia irreal sobre la terapia (Ej., curas mágicas).

Nivel de Funcionamiento.

Informe a los pacientes que quizá no sean capaces de funcionar a su más alto nivel en sus habilidades o incluso a su nivel usual cuando en terapia se está trabajando con material traumático.

Prepare a los pacientes en la posibilidad de que experimenten ciertos síntomas, explicándoles que estos síntomas no quieren decir que los pacientes estén “locos”. Estos incluyen:

- Re-experimentar el trauma.
- Evitación.
- Vigilancia.
- Reactividad emocional.

10. Terminación / Transición de sesiones regulares.

Algunos pacientes pueden vivir como abandono la terminación de la terapia o la transición de las sesiones regulares a sesiones con espacios de tiempo más largos entre ellas. Los pacientes pueden presentar mayores niveles de dependencia y otros síntomas durante ese tiempo. Informe a los pacientes que estos síntomas no necesariamente indican una recaída o que el tratamiento fracasó, sino que son comprensibles y ofrecen una nueva oportunidad para un mayor crecimiento. Si los pacientes deciden que no quieren terminar el tratamiento, discuta eso abiertamente con ellos. Infórmeles que están en libertad de regresar posteriormente si sienten la necesidad de un tratamiento más extenso. Déles esta notificación con mucho tiempo de anticipación.

11. Relaciones actuales y el tema de los límites.

Relaciones Duales.

Las relaciones duales se deben evitarse tanto como sea posible. “Dual” incluye a las relaciones simultáneas y secuenciales. Informar a los pacientes desde el principio que las relaciones sexuales o románticas están prohibidas en los códigos de ética profesional.

Contacto Sexual.

Nunca establezca alguna forma de contacto sexual con los pacientes.

No premie conductas sexualizadas con atención o reacciones.

Aclare directamente los límites de la relación terapéutica y mencione las motivaciones subyacentes de una conducta sexual persistente.

Ponga límites a las conductas inapropiadas del/la paciente mientras mantiene una ética profesional de cuidado hacia el paciente. Mantenga el respeto por la dignidad y el valor del paciente todo el tiempo.

Mencione lo inapropiado de los comportamientos sexuales o románticos de una manera que no parezca sermón o regaño.

Si ustedes tienen contacto sexual con los pacientes, absténgase de la práctica, refiera a los pacientes y notifique a las autoridades legales y profesionales.

Límites.

Tenga cuidado con la divulgación o con cualquier conducta de sí mismo que pueda ser interpretada como intrusiva por el paciente, incluyendo:

- Divulgación personal inapropiada.
- Comportamiento sexual con un paciente.
- Preguntas o afirmaciones excesivamente intrusivas.
- Interrupciones habituales.
- Violaciones del espacio personal.
- Uso consciente o inconsciente del paciente para gratificar las necesidades del terapeuta.

Tenga cuidado con el contacto interpersonal. El contacto físico puede inducir recuerdos retrospectivos en algunos pacientes y/o puede vivirse como una violación a los límites.

12. El tema de la recuperación de recuerdos de Abuso.

Existe cierta evidencia de que la sugestibilidad puede ser aumentada y de que pueden desarrollarse pseudomemorias en algunos individuos, cuando se usan técnicas hipnóticas para mejorar la memoria o como estrategias de recuperación. Las técnicas de hipnosis e imaginación guiada pueden usarse con algunos pacientes para facilitar la relajación o para enseñar estrategias para tranquilizarse, sin embargo, se recomienda que no sean utilizadas en la exploración activa de recuerdos de abuso.

Los psicotraumatólogos deben mantener una postura crítica en relación a sus suposiciones, teorías, investigaciones y procedimientos/instrumentos de evaluación.

Reconozca y minimice tanto como sea posible los desequilibrios de poder dentro de la diada terapéutica. Reconozca y respete la autonomía adulta de los pacientes. Refuerce las habilidades de pensamiento crítico del paciente a través de preguntas abiertas, y fortalezca sus habilidades para resistir la sugestión. Se debe reducir el riesgo de crear pseudomemorias o de evitar recuerdos traumáticos verdaderos.

Cuando los pacientes están muy estresados por recuerdos intrusivos o recuerdos disociados, asístalos en recuperar su poder para moverse más allá de su confusión, sin embargo, no proporcione una seguridad prematura. Aliente y modele una tolerancia a la perturbación y a la ambigüedad.

Informe a los pacientes que están en libertad de tomar sus propias decisiones en cuanto a los síntomas intrusivos, sin ser empujados hacia una dirección en particular. Apóyelos en afrontar su ansiedad al no tener respuestas inmediatas o certeras.

IV. ESTÁNDARES DE CUIDADO EN INVESTIGACIÓN CON PERSONAS TRAUMATIZADAS.

1. Derechos Universales de los Participantes en Investigación Científica.

Cuando realice investigaciones con personas traumatizadas, hay que proveerles tanta facultad de decisión y control como sea posible sobre su grado de participación. Garantícelos el anonimato en cada fase de la investigación para honrar la privacidad de los participantes. Evite toda forma de engaño, ya sea directo o indirecto, y tome todas las medidas para evitar la coerción al obtener un consentimiento informado.

2. Lineamientos para el diagnóstico del TEPT para propósito de investigación.

- a) Descarte los problemas médicos.
- b) Descarte el abuso o uso de sustancias y toxicidad.
- c) Descarte la simulación / fingimiento.
- d) Distinga asuntos normales o del desarrollo.
- e) Diferencie del Trastorno de Adaptación no especificado.
- f) Diferencie del Trastorno por Estrés Agudo.
- g) Diferencie de la Traumatización Secundaria.
- h) Identifique / diagnostique asuntos de comorbilidad
- i) Diagnostique el TEPT.

3. Procedimientos para usar Métodos Riesgosos de Investigación con Consentimiento Informado.

a) Los participantes deben ser informados de:

- El propósito de la investigación, en términos claros y comprensibles.
- Las razones por las que han sido elegidos para participar en la investigación.
- Su rol en la investigación.
- Los procedimientos que son requeridos.
- La duración de los mismos.
- Quién hará las entrevistas y las pruebas.
- Sobre cualquier procedimiento alternativo que pueda esperarse.
- De los riesgos o incomodidades.
- De los beneficios de la investigación.
- Del mejor momento para que los participantes puedan hacer preguntas.
- De personas que puedan aconsejar sobre el volverse un participante en la investigación.
- Sobre su libertad para retirarse de la investigación después de haber iniciado.
- De que probablemente se quedaran con preguntas sin respuesta.

b) Informe a los participantes si usted puede proveer servicios de consejería o terapia para ellos o si los referiría a otros profesionales. Se recomienda que la terapia se ponga a disposición de sujetos a investigación que requieran asistencia adicional.

4. *Procedimientos para Reclutar Participantes para la Investigación de Forma Humanitaria.*

- a) Incluya el propósito general de la investigación o tratamiento.
- b) Describa el papel que jugará el participante y el por qué fue elegido/a.
- c) Explique los procedimientos o técnicas que se usarán, sin comprometer los resultados o el proceso.
- d) Discuta cualquier riesgo o malestar que pudiera darse tanto a corto, como a largo plazo.
- e) Enumere los beneficios de participar en la investigación sin generar sentimientos de culpa por no participar.
- f) Atienda las cuestiones que se refieran a la investigación y provea fuentes para ayudar al participante en su decisión de participar o no.
- g) Comente con el/la participante sobre su derecho a retirarse y poner fin a su participación en cualquier momento.
- h) Identifique a los patrocinadores de la investigación.
- i) Identifique las posibles ganancias en conocimientos o propósitos de la investigación.
- j) Discuta cómo serán utilizados los datos y cómo serán disseminados.
- k) Ofrezca un proceso de contención al final de la investigación.
- l) Ofrezca enviarles los resultados a los participantes que así lo deseen.
- m) Cumpla todas las promesas hechas a las/los participantes.
- n) Aclare y cumpla todas las obligaciones y responsabilidades.
- o) Involucre a los participantes cuanto sea posible.
- p) Provea el consentimiento informado detallado y con un lenguaje accesible.
- q) Precise el tiempo, esfuerzo y exigencias para cada participante.
- r) Evite presionar indebidamente a que participen
- s) Otorgue servicios terapéuticos de seguimiento (después de haber terminado la investigación).

5. *Procedimientos para recolectar datos de forma humanitaria. Principios Generales de Investigación.*

- a) Mantenga la conciencia de que las decisiones éticas tiene implicaciones de valor.
- b) Mantenga la preocupación por el bienestar de los participantes.
- c) Tome en cuenta los futuros usos posibles de los conocimientos que se obtengan de la investigación.
- d) Proteja a los participantes de cualquier daño.

6. *Procedimientos para reportar resultados e impresiones de forma humanitaria.*

- a) Informe sobre los resultados e impresiones sólo cuando se ha cumplido con las condiciones siguientes:
 - Los Derechos Universales han sido debidamente observados.
 - Los participantes fueron reclutados de manera apropiada.
 - Los datos fueron recolectados de manera apropiada y de acuerdo con los códigos de ética profesional relevantes.
 - El anonimato de los participantes está garantizado.
- b) Tenga cuidado y evite sobre-patologizar a los individuos traumatizados al informar sobre los resultados de la investigación.
- c) Refiérase a los participantes como “participantes” en vez de como “sujetos”.

Los Códigos Relacionados con la Ética Profesional y las Referencias de este escrito los podrán encontrar en

<http://www.traumatologyacademy.org/standards.htm>

V. ANTECEDENTES.

Como Director Ejecutivo del sitio autorizado de entrenamientos para la República Mexicana de la Green Cross Academy of Traumatology (GCAT) acordé con mi colega el Dr. Israel Castillo, Presidente de la Asociación Mexicana de Psicotraumatología, en formar un comité que revisara, discutiera y tradujera al español, los estándares para la práctica de la psicotraumatología elaborados por el Dr. Charles Figley (fundador de la GCAT) , con el fin de obtener lineamientos que sirvieran de guía a las y los practicantes de la psicotraumatología en la República Mexicana.

Agradezco la colaboración de María Cristina Penichet, Pavel Zárate, Mónica Ponzanelli, Mónica Moguel, Rita Margolis, Consuelo de la Mora, Juan Antonio Domínguez y María Elena Corzo.

Atentamente

Ignacio Jarero