

Evaluación y manejo de condiciones específicamente relacionadas con el estrés:

Módulo de la Guía de Intervención mhGAP



Edición original en inglés:
Assessment and Management of Conditions Specifically Related to Stress:
mhGAP Intervention Guide Module (version 1.0).
© World Health Organization, 2013
ISBN 978 92 4 150593 2

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Evaluación y manejo de los trastornos relacionados específicamente con el estrés: Módulo de la Guía de Intervención mhGAP. Washington, DC: OPS, 2014.

1. Trastornos por Estrés Postraumático. 2. Trastornos de Estrés Traumático. 3. Salud Mental. 4. Adaptación Psicológica. 5. Sistemas de Socorro. I. Título. II. Organización Mundial de la Salud. II. United Nations High Commissioner for Refugees.

ISBN 978-92-75-31829-4

(Clasificación NLM : WM 172.5)

©Organización Mundial de la Salud, 2014. Todos los derechos reservados.

La edición en español fue realizada por la Organización Panamericana de la Salud. Las solicitudes de autorización para reproducir, íntegramente o en parte, esta publicación deberán dirigirse al Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicaciones, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (www.paho.org/publications/copyright-forms). El Departamento de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental (NMH/MH) podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la OPS letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Las opiniones expresadas en la presente publicación son responsabilidad exclusiva de los compiladores cuyos nombres se mencionan.

Agradecimientos



La preparación de este módulo sobre Condiciones específicamente relacionadas con el estrés fue coordinada por Mark van Ommeren, bajo la supervisión de Shekhar Saxena.

El equipo mhGAP del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, en Ginebra, supervisó la elaboración de este módulo. Los miembros del equipo son: Nico Clark, Tarun Dua, Alexandra Fleischmann, Shekhar Saxena, Chiara Servili, Yutar Setoya, Mark van Ommeren y Taghi Yasamy.

Agradecemos a Lynne Jones (FXB Centro para la Salud y los Derechos Humanos, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard) por su asesoramiento técnico a lo largo de la elaboración de este módulo.

Revisores

Corrado Barbui (Centro Colaborador de la OMS para Investigación y Capacitación en Salud Mental, Universidad de Verona); Thomas Barrett (Universidad de Denver); Pierre Bastin (Comité Internacional de la Cruz Roja); Ahmad Bawaneh (International Medical Corps); Myron Belfer (Universidad Harvard); Jonathan Bisson (Universidad de Gales); Chris Brewin (Colegio Universitario de Londres); Judith Cohen (Colegio Universitario de Medicina Drexel); Katie Dawson (Universidad de Nueva Gales del Sur); Joop de Jong (Universidad Vrije, Amsterdam); Pam Dix (Disaster Action); Chris Dowrick (Universidad de Liverpool); Rabih El Chammy (Universidad San José de Beirut); Julian Eaton (CBM); Carolina Echeverri (Colombia); Peter Hughes (Servicio Nacional de Salud del Reino Unido); Lynne Jones (Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard); Suhad Joudeh (Ministerio de Salud, Jordania); Ashraf Kagee (Universidad Stellenbosch); Berit Kieselbach (OMS); Arwa Khashan (Ministerio de Salud, Jordania); Roos Korste (Países Bajos); Patti Levin (EUA); Andreas Maercker (Universidad de Zurich); Sarah Meyer (Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins); Laura Murray (Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins); Khalid Saeed (OMS); Pau Perez-Sales (Médicos del Mundo); Bhava Poudyal (Nepal); Cécile Rousseau (Universidad McGill); Alison Schafer (World Vision International); Marian Schilperoord (ACNUR), Soraya Seedat (Universidad Stellenbosch); Pratap Sharan (Instituto Panindio de Ciencias Médicas); Renato Souza (Universidad de São Paulo); Zachary Steel (Universidad de Nueva Gales del Sur); Samvel Sukiasyan (Universidad Estatal de Lereván); Yuriko Suzuki (Instituto Nacional de Salud Mental, Japón); Wietse Tol (Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins), Graham Thornicroft (Instituto de Psiquiatría, Reino Unido); Peter Ventevogel (HealthNet TPO); Inka Weissbecker (International Medical Corps); Ann Willhoite (Centro para Víctimas de Tortura); y Doug Zatzick (Universidad de Washington).

Financiamiento

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).

Grupo para la elaboración de la Guía

Jonathan Bisson (Universidad de Gales), Judith Cohen (Colegio Universitario de Medicina Drexel), Joop de Jong (presidente (Universidad Vrije, Amsterdam), Zeinab Hijazi (International Medical Corps), Olayinka Omigbudon (Hospital del Colegio Universitario, Ibadán), Soraya Seedat (Universidad Stellenbosch), Derrick Silove (Universidad de Nueva Gales del Sur), Renato Souza (Comité Internacional de la Cruz Roja), Athula Sumathipala (Instituto de Investigación y Desarrollo, Colombo), Lakshmi Vijaykumar (SNEHA, Chennai), Inka Weissbecker (International Medical Corps) and Doug Zatzick (Universidad de Washington).

Contenidos



I	Introducción.....	1
II	Condiciones específicamente relacionadas con el estrés (STR)	
	1. Guía de Evaluación y Manejo.....	4
	2. Información sobre evaluación e intervención.....	7
III	Intervenciones psicológicas avanzadas (INT).....	12
IV	Apéndice: Ajustes propuestos a la Guía de Intervención mhGAP existente para insertar el módulo sobre condiciones específicamente relacionadas con el estrés.....	13

Introducción



Este módulo de la Guía de Intervención mhGAP del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental ofrece asesoramiento acerca de la evaluación y el manejo del estrés agudo, el estrés posttraumático y el duelo en entornos de salud no especializados. Se trata de un **anexo** a la *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (mhGAP-IG 1.0; OMS, 2010)*.

La orientación expuesta en el módulo se basa en recomendaciones aprobadas formalmente por el Grupo de la OMS para la elaboración de la Guía mhGAP, que pueden consultarse en: www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/en/.

Este módulo debe utilizarse siempre junto con la *Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (OMS, 2010)*, que expone principios generales pertinentes de atención y manejo de una serie de otros trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.

(http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/index.html)

http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf

En el futuro, este módulo podría ser integrado con otros productos de las siguientes maneras:

- Este módulo puede integrarse – en su forma completa– en futuras versiones de la Guía de Intervención mhGAP existente.
- El módulo se integrará –en una estructura simplificada– en un nuevo producto, la Guía de Intervención mhGAP de la OMS y el ACNUR para entornos humanitarios (planificada para 2014).

En el contexto de su programa mhGAP, la OMS está elaborando materiales relacionados con la planificación programática; análisis de situación; adaptación de protocolos clínicos a los contextos locales; capacitación y supervisión; y seguimiento y evaluación. Para recibir más información sobre estos temas, escribir a: mhgap-info@who.int.

Condiciones específicamente relacionadas con el estrés

STR

Con frecuencia, el personal de salud encuentra personas que han estado expuestas a hechos potencialmente traumáticos (v.g. accidentes graves, violencia sexual y física, desastres) o pérdida de un ser querido. Inmediatamente después de la exposición, la gran mayoría de las personas experimenta sufrimiento, pero no presenta un trastorno que necesite tratamiento clínico. Una minoría de personas presentará uno o ambos tipos de trastorno:

- » Problemas y trastornos que tienen una mayor probabilidad de ocurrir después de la exposición a factores estresantes, pero que también ocurren en ausencia de esa exposición. Estos incluyen: trastorno depresivo (DEP), psicosis (PSI), trastornos conductuales (CON), trastorno por uso de alcohol (ALC), trastorno por uso de drogas (DRO), autolesión / suicidio (SUI) y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables médicamente (OTR). Estos trastornos se han tratado en los módulos correspondientes de la *Guía de Intervención mhGAP* existente.
- » Problemas y trastornos que requieren exposición a los factores estresantes. Estos son:
 - (a) síntomas significativos de estrés agudo;
 - (b) trastorno de estrés postraumático (TEPT); y
 - (c) duelo y trastorno por duelo prolongado.

La evaluación y el manejo de estos trastornos se abordan en este módulo.

Luego de una exposición reciente a acontecimientos potencialmente traumáticos, las reacciones de las personas tienden a ser muy variadas. En este módulo se utiliza el término **síntomas de estrés** agudo para abarcar una amplia gama de síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos que ocurren aproximadamente dentro del mes siguiente al hecho o suceso.

Algunos ejemplos de los síntomas que ocurren tanto en adultos como en niños incluyen síntomas de reexperimentación, síntomas de evitación y síntomas relacionados con un sentido de una amenaza actual intensificada, insomnio, palpitaciones, cambios en el humor y la conducta, una serie de molestias físicas y –en los niños– conductas regresivas, como enuresis nocturna. Estos síntomas pueden indicar un trastorno mental, pero a menudo son pasajeros y no se deben a un trastorno mental. Sin embargo, si estos síntomas entorpecen el funcionamiento cotidiano o si la persona busca ayuda para los mismos, entonces se trata de **síntomas significativos de estrés agudo**.

Los trastornos relacionados específicamente con los factores estresantes suelen ocurrir en combinación con otros trastornos mhGAP. **Las personas que satisfacen los criterios para cualquiera de los otros trastornos mhGAP deben ser evaluadas y manejadas de acuerdo con el módulo pertinente, junto con el asesoramiento sobre manejo que se ofrece en este módulo.**



La Guía de Intervención mhGAP ha sido desarrollada para el personal de salud no especializado que ofrece atención clínica en entornos de bajos recursos. Si se aplica en entornos humanitarios, esta atención debe ir acompañada con **intervenciones sociales e intersectoriales apropiadas**, que se describen en la publicación: IASC Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2010) *Mental Health and Psychosocial Support in Humanitarian Emergencies: What Should Humanitarian Health Actors Know?* (solo en inglés) (www.who.int/entity/mental_health/emergencies/what_humanitarian_health_actors_should_know.pdf).

1. ¿Tiene la persona síntomas significativos de estrés agudo después de haber sido afectada **RECIENTEMENTE** (dentro del último mes) por un hecho potencialmente traumático?

» **Determine cuánto tiempo ha pasado desde el hecho potencialmente traumático** (v.g. una situación muy amenazante o terrible, como violencia física o sexual, o un accidente grave).

» **Si el hecho ocurrió hace menos de un mes, evalúe la presencia de síntomas de estrés agudo aparecidos después del acontecimiento.** Pueden incluir:

- Insomnio
- Síntomas de reexperimentación » **STR 2**
- Síntomas de evitación » **STR 2**
- Síntomas relacionados con una mayor sensación de amenaza actual » **STR 2**
- Cualquier tipo de emociones o pensamientos perturbadores
- Cambios de conducta que preocupen a la persona o a otras de su entorno (v.g. agresividad, aislamiento o retraimiento social y (en adolescentes) conductas de riesgo)
- Conductas regresivas, incluso enuresis nocturna (en niños)
- Síntomas físicos sin explicación médica, incluyendo hiperventilación y trastornos disociativos del movimiento y de las sensaciones (v.g. parálisis, incapacidad para hablar o ver).¹

Si

Si la persona cumple con todos los criterios siguientes:

- » ha sufrido un hecho potencialmente traumático dentro del último mes,
- » tiene síntomas de estrés agudo aparecidos después del hecho,
- » tiene dificultades para funcionar cotidianamente o solicita ayuda para esos síntomas,

entonces la persona probablemente presente **síntomas significativos de estrés agudo.**

- » Ofrezca los primeros auxilios psicológicos: » **STR 3.1**
 - Escuche. **NO** presione a la persona para que hable ❌
 - Evalúe sus necesidades y preocupaciones
 - Ayude a la persona a atender necesidades físicas básicas inmediatas (v.g. sitio para pasar la noche)
 - Ayude a las personas a conectarse con los servicios, con su familia, con ayudas sociales y con información exacta
 - En la medida de lo posible, trate de proteger a la persona de otros daños.
- » Evalúe y, si es posible, trate los factores de estrés actuales, incluyendo el maltrato recurrente. » **STR 3.2**
- » Considere la opción de manejo del estrés. » **STR 3.3**
- » Ayude a las personas a identificar y fortalecer los métodos positivos para enfrentar la situación y las fuentes de apoyo social. » **STR 3.4**
- » **NO** recete benzodiazepinas ni antidepresivos para manejar síntomas de estrés agudo. ❌
- » Piense en estrategias adicionales de manejo para:
 - El insomnio como síntoma de estrés agudo, » **STR 3.5.1**
 - Enuresis nocturna como síntoma de estrés agudo » **STR 3.5.2**
 - Síntomas somáticos notables sin explicación médica:
 - Para una orientación general, véase GI-mhGAP 1.0, p.81
 - Para orientación sobre la hiperventilación como síntoma de estrés agudo, » **STR 3.5.3**
 - Para orientación sobre la disociación sensoriomotora como síntoma de estrés agudo, » **STR 3.5.4**
- » Ofrezca psicoeducación. Explique que:
 - Es frecuente que las personas sientan estrés agudo después de exponerse a factores extremos de estrés
 - En la mayoría de las personas, el estrés agudo disminuye con el paso del tiempo.
- » **Pída a la persona que regrese para hacerle seguimiento si los síntomas se agravan, o si no hay ningún tipo de mejora en el mes posterior al evento.**
 - En el seguimiento, evalúe la presencia de TEPT (ver más abajo), DEP, CON, ALC, DRO y SUI (»GI mhGAP- 1.0 Esquema principal).

¹ El término trastornos disociativos del movimiento y las sensaciones está en consonancia con las propuestas actuales para la CIE-11.

2. ¿Tiene la persona un trastorno de estrés postraumático (TEPT)?

» **Determine cuánto tiempo ha pasado desde el hecho potencialmente traumático** (v.g. una situación muy amenazante o terrible, como violencia física o sexual, o un accidente grave).

» **Si el hecho se produjo al menos un mes antes, evalúe si hay síntomas de estrés traumático²** (» STR 2 para una definición de estos términos y síntomas, incluso en niños):

– Síntomas de reexperimentación

Consisten en recuerdos repetidos e involuntarios del hecho como si estuviera ocurriendo aquí y ahora (v.g. a través de sueños aterradores, flashbacks o recuerdos intrusivos acompañados de miedo intenso u horror).

– Síntomas de evitación

Consisten en la evitación deliberada de pensamientos, recuerdos, actividades o situaciones que rememoren el hecho a la persona.

– Síntomas relacionados con un mayor sentido de amenaza inmediata

Incluyen hipervigilancia (excesiva atención a amenazas potenciales) o sobresaltos exagerados (v.g. fácilmente se sobresalta por miedo).

» **Evalúe si existen dificultades para llevar a cabo actividades laborales, escolares, domésticas o sociales habituales.**

Si

Si la persona satisface todos los criterios siguientes:

- » ha sufrido un hecho potencialmente traumático hace por lo menos un mes
- » presenta por lo menos un síntoma de reexperimentación
Y
- » un síntoma de evitación
Y
- » un síntoma de hiperexcitación
- » tiene dificultades para el funcionamiento cotidiano

entonces es probable que la persona tenga un **trastorno de estrés postraumático (TEPT)**.

- » Evalúe y, si fuera posible, trate los factores actuales de estrés, incluso el maltrato recurrente. » STR 3.2
- » Ofrezca psicoeducación. » STR 3.6
- » Si se dispone de terapeutas calificados y supervisados 🧑, considere remitir al paciente a:
 - Terapia cognitiva individual o de grupo conductual enfocada en el trauma (TCC-T) (CBT-T) » INT o
 - Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO). » INT
- » Considere el uso de técnicas de manejo del estrés (v.g. ejercicios de respiración, relajación muscular gradual). » STR 3.3
- » Ayude a las personas a identificar y fortalecer los métodos positivos para enfrentar la situación y las fuentes de apoyo social. » STR 3.4
- » En adultos, considere recetar antidepresivos 🧑 si las terapias TCC-T, DRMO o de manejo del estrés resultan ineficaces o no están disponibles. » DEP 3 (para más detalles sobre recetar antidepresivos, véase » GI-mhGAP 1.0 pp.14-15) , 🔄

🧑 En niños y adolescentes, NO recete antidepresivos para tratar el TEPT. ❌

- » Ofrezca seguimiento regular, por ejemplo después de 2 a 4 semanas:
 - el seguimiento puede hacerse en persona en la clínica, por teléfono, o a través de un agente de salud comunitaria,
 - en el seguimiento, reevalúe al paciente para determinar si hay mejoría.

² La descripción de los síntomas de estrés traumático está en consonancia con la propuesta actual de la CIE-11 para TEPT, con una diferencia: la propuesta permite clasificar al TEPT, en el transcurso del mes (por ejemplo, varias semanas) después del acontecimiento. La propuesta CIE-11 no incluye síntomas no específicos de TEPT, como entumecimiento y agitación.

3. ¿Está la persona experimentando duelo por la pérdida de un ser querido?

Si

La persona está experimentando duelo.

- » **NO** recete benzodiazepinas para manejar síntomas de duelo. ❌
- » Escuche a la persona sin presionarla para que hable.
- » Evalúe sus necesidades y preocupaciones.
- » Mencione y apoye formas de duelo y adaptación culturalmente apropiadas.
- » Suministre o movilice apoyo social, según sea necesario.

4. ¿Tiene la persona un trastorno de duelo prolongado?³

Si

Si la persona satisface todos los criterios siguientes:

- » sentimiento de añoranza persistente e intensa de la persona fallecida (por lo general, combinado con otros síntomas de duelo, como rabia y dificultad para aceptar la pérdida) con sufrimiento emocional asociado
- » tiene dificultades para el funcionamiento cotidiano
- » ha mantenido el duelo persistentemente por al menos seis meses y por un período mucho más largo que el esperado en la cultura de esa persona

entonces es probable que la persona tenga un **trastorno de duelo prolongado**.

⚠️ En el caso de niños o adolescentes que han perdido a alguno de sus padres o a otros cuidadores, responda a la necesidad de protección y de cuidados de apoyo, incluyendo el apoyo socioemocional.

» **CONSULTE A UN ESPECIALISTA** 🧑‍⚕️ si la persona solicita un tratamiento más intenso.

» Evalúe la presencia de los siguientes síntomas (e.g. añoranza persistente e intensa de la persona fallecida, preocupación por la persona fallecida o por las circunstancias de la muerte; amargura por la pérdida, dificultad para aceptar la pérdida; dificultad para seguir sus actividades o formar amistades; sentimientos de falta de sentido de la vida), con sufrimiento emocional asociado.

» Evalúe si existen dificultades para llevar a cabo actividades laborales, escolares, domésticas o sociales habituales.

» Pregunte cuándo ocurrió la pérdida que ocasiona el duelo.

» **Siga las recomendaciones de la sección anterior** (aplicables a TODAS las personas que estén sufriendo un duelo).

» **CONSULTE A UN ESPECIALISTA** 🧑‍⚕️ para evaluaciones y manejo subsiguientes.

5. ¿Tiene la persona un trastorno concomitante?

» (Vuelva a) considerar la posible presencia de un trastorno mental, neurológico o por uso de sustancias (incluso el riesgo de suicidio o autolesión) (» **Esquema principal**).

⚠️ Tenga en cuenta que el trastorno concomitante puede haber existido antes del acontecimiento.

Si

La persona tiene un trastorno concomitante

» **Si hay un trastorno concomitante ya sea mental, neurológico o por uso de sustancias (lo que abarca el riesgo de suicidio o autolesión)**, entonces maneje tanto el trastorno concomitante como el específicamente relacionado con el estrés.

» **Si el TEPT es coincidente con depresión moderada o grave**, considere el uso de antidepresivos para tratar ambos trastornos. 🧑‍⚕️ » **DEP 3**

» **Si la persona presenta una depresión moderada o grave después de un duelo reciente** (v.g. en los últimos dos meses), **NO** ❌ considere antidepresivos ni psicoterapia como tratamiento de primera línea para la depresión. » **DEP**

³ El término *trastorno de duelo prolongado* está en consonancia con la propuesta actual para la CIE-11.

Condiciones específicamente relacionadas con el estrés

STR 2

Información sobre evaluación e intervención

Evaluación de los síntomas de estrés traumático

Se puede encontrar asesoramiento sobre evaluación en los Principios Generales de Atención del mhGAP, en el Esquema principal y en la Guía de Evaluación y Manejo precedente. En esta sección se describen tres grupos de síntomas de estrés traumático que requieren evaluación: síntomas de reexperimentación, síntomas de evitación y síntomas relacionados con un sentido de mayor amenaza inmediata.

2.1 Síntomas de reexperimentación

- » Las personas afectadas pueden experimentar recuerdos repetidos e involuntarios del hecho traumático como si estuviera ocurriendo aquí y ahora, acompañados de miedo u horror intensos. Esos recuerdos pueden ocurrir por medio de recuerdos intrusivos, sueños aterradores o, en casos más graves, “flashbacks”. Pueden experimentarse en forma de imágenes, sonidos (v.g. el disparo de un arma de fuego) y olores (v.g. el olor del agresor).
 - Un **recuerdo** intrusivo es **involuntario**, por lo general **vívido**, y **causa miedo u horror intensos**.
 - Un “flashback” es un episodio en el que **la persona cree y actúa por un instante como si estuviera de vuelta en el momento del hecho**, viviéndolo nuevamente. Las personas que tienen este tipo de episodios en general pierden el contacto con la realidad por unos pocos segundos o minutos.
 - En los adultos 🧑, los **sueños aterradores** deben referirse al evento o a aspectos relacionados con el mismo.
 - En los niños 🧒, los síntomas de reexperimentación del acontecimiento también se pueden expresar a través de sueños aterradores sin un contenido claro, terrores nocturnos, y representaciones específicas del trauma en juegos o dibujos repetitivos.

2.2 Síntomas de evitación

- » Incluyen el evitar deliberadamente **situaciones, actividades, pensamientos** o **recuerdos** que evocan en la persona el acontecimiento traumático. Por ejemplo, esto puede incluir no querer hablar acerca del hecho traumático con el profesional de salud.
- » En general, las personas usan estas estrategias como una manera de no volver a experimentar síntomas que les producen una aflicción significativa. Paradójicamente, tales estrategias de evitación tienden a aumentar la aparición de síntomas de reexperimentación.

2.3 Síntomas relacionados con un sentido de mayor amenaza inmediata

- » Las personas afectadas por este síntoma pueden sentir, en forma incorrecta, que siguen estando expuestas a un peligro grave. Esta experiencia de mayor amenaza inmediata puede hacer que la persona se vuelva hipervigilante y tienda a experimentar respuestas de sobresalto exageradas.
 - **Hipervigilancia:** Preocupación exagerada y actitud alerta ante el peligro (v.g. mantenerse mucho más vigilante en público que otras personas, seleccionar innecesariamente sitios “más seguros” donde sentarse, etc.).
 - **Respuesta de sobresalto exagerada:** Tendencia a sobresaltarse o a ser asustadizo, es decir, a reaccionar con miedo excesivo a movimientos repentinos o ruidos fuertes inesperados. Esas reacciones se consideran excesivas cuando la persona reacciona mucho más fuertemente que otras y necesita un tiempo considerable para calmarse.

2.4 Rasgos asociados con el TEPT

- » En todos los grupos de edad, los rasgos asociados con el TEPT incluyen ansiedad, depresión, ira, insomnio, entumecimiento y síntomas sin explicación médica. Además, los niños con TEPT a menudo muestran conductas regresivas, como enuresis nocturna, aferrarse a algo o alguien, o rabietas. En los adolescentes con TEPT, las conductas de riesgo son un rasgo común. Los problemas de uso de alcohol y sustancias son frecuentes en los adultos y adolescentes con TEPT.


Información sobre intervención

3.1 Primera ayuda psicológica

- » Para obtener orientación adicional sobre la primera ayuda psicológica, consulte:
Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo.
OMS: Ginebra, 2012.
(http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243548203_spa.pdf)

3.2 Tratamiento de estresores psicosociales actuales

- » **Haga preguntas acerca de los estresores psicosociales.** En la medida de lo posible, use **técnicas de resolución de problemas** para ayudar a la persona a reducir los elementos principales de estrés psicosocial o dificultades en las relaciones. Involucre a los servicios y recursos comunitarios, en la medida en que sea apropiado, (v.g. con el consentimiento de la persona).
- » Evalúe y maneje cualquier situación de abuso (v.g. violencia doméstica) y abandono (v.g. de niños o adultos mayores). Esta evaluación requiere de un espacio privado y confidencial. Comuníquese con los recursos legales y comunitarios (v.g. servicios sociales o redes de protección comunitaria) para hacer frente a cualquier abuso, en la medida en que sea apropiado (v.g. con el consentimiento de la persona).
- » En la medida en que sea apropiado, identifique a **familiares que puedan servir de apoyo** e incorpórelos lo más posible.

- » En niños y adolescentes: 
 - Evalúe el **maltrato, la exclusión o el acoso escolar**. Pregunte directamente al niño o adolescente acerca de ellos en privado. En lo posible, trabaje con la familia, la escuela y la comunidad para garantizar la seguridad del niño o adolescente.
 - Evalúe y trate los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (especialmente la depresión) (» **Esquema principal**) y los estresores psicosociales en los **cuidadores** de los niños y adolescentes.

3.3 Manejo del estrés

Considere capacitar a las personas en ejercicios de respiración, relajación muscular gradual y sus equivalentes culturales.

- » **Ejercicios de respiración**
Esta técnica consiste en explicar que la ansiedad está asociada con la respiración, rápida, poco profunda y torácica, mientras que la respiración lenta, regular y abdominal reduce la ansiedad. La técnica implica entrenar a la persona para que respire desde el diafragma.
- » **Relajación muscular gradual**
Esta técnica consiste en explicar que la ansiedad está asociada con la tensión muscular y que la relajación muscular sistemática reduce la ansiedad. Esta técnica consiste en entrenar a la persona para que tense y relaje sistemáticamente grupos musculares claves, por lo general, procediendo desde los pies hasta la parte superior del cuerpo. Puede encontrarse un ejemplo de un protocolo de relajación muscular gradual como anexo de la publicación de la OMS:
WHO, War Trauma Foundation, World Vision International. *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo.*
OMS: Ginebra, 2012.

3.4 Fortalecimiento de estrategias de afrontamiento positivas y apoyo social

- » Apóyese en las **fortalezas y habilidades** de la persona. Hágale preguntas sobre lo que le está yendo bien. ¿Cómo hace para seguir adelante? ¿Cómo ha enfrentado otras situaciones difíciles?
- » Pídale que **identifique a las personas que le dan apoyo emocional**. Pídale que identifique a otras personas en quienes confía. Estas pueden ser determinados parientes, amigos o gente de la comunidad. Anímela a pasar tiempo con las personas en las que confía y a hablarles de sus dificultades.
- » Anime a la persona a **reanudar sus actividades sociales y las rutinas normales** lo más posible (v.g. asistencia a la escuela, reuniones familiares, visitas a los vecinos, actividades sociales en el trabajo, deportes, actividades comunitarias, salidas con amigos).
- » Alerta a la persona acerca del hecho de que el alcohol y las drogas no ayudan a la recuperación, y que el uso excesivo de alcohol y drogas— incluso los medicamentos comprados sin receta en las farmacias, pueden acarrear nuevos problemas sociales y de salud.

Condiciones específicamente relacionadas con el estrés

STR 3

Información sobre evaluación e intervención

3.5 Otras estrategias para el manejo de distintos síntomas de estrés agudo después de un hecho estresante reciente de naturaleza sumamente amenazante u horrible.

3.5.1 El insomnio como síntoma de estrés agudo

- » Aplique las estrategias generales de manejo para síntomas de estrés agudo (» STR 3.1–3.4).
- » Descarte causas externas de insomnio (v.g. ruido). Descarte y maneje posibles causas físicas (v.g. dolor físico), aunque el insomnio haya empezado inmediatamente después de un acontecimiento estresante.
- » Pída a la persona que explique cuál sería la causa del insomnio.
- » Dele consejos sobre la higiene del sueño (entre otros, evitar los psicoestimulantes, como el café, la nicotina y el alcohol).
- » Explíquelo que a menudo las personas tienen este problema después de estar expuestas a factores estresantes extremos.

📖 En casos excepcionales, en adultos, cuando no son posibles las intervenciones orientadas psicológicamente (v.g. técnicas de relajación), el tratamiento de corto plazo (3 a 7 días) con benzodiazepinas (v.g. diazepam de 2 a 5 mg/día, lorazepam 0,5 a 2 mg/día, que figuran en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS) podría considerarse como una opción para los casos de insomnio que interfieren gravemente con el funcionamiento diario. En ese caso, deben tenerse en cuenta las siguientes precauciones:

- El uso de benzodiazepinas puede conducir rápidamente a la dependencia en algunas personas. A menudo las benzodiazepinas se recetan demasiado. Solo deben recetarse para el insomnio por período muy cortos y en casos excepcionales
- En los adultos mayores 🧓, por lo general se necesitan dosis más bajas (es decir la mitad de las dosis mencionadas más arriba para adultos) y deben preferirse las benzodiazepinas de acción corta (v.g. lorazepam) si están disponibles.
- Durante el embarazo y la lactancia 🚰 deben evitarse las benzodiazepinas.
- En el caso de varios trastornos médicos concomitantes: antes de recetar benzodiazepinas, considere el potencial de interacción medicamento /enfermedad o medicamento/medicamento. Consulte el Formulario Terapéutico Nacional o el de la OMS.

- » En niños y adolescentes 🧒, **NO** recete benzodiazepinas para el insomnio
- » Si el problema continúa después de un mes, volver a evaluar y tratar cualquier otro trastorno mental concomitante (» **Esquema principal**). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, **CONSULTE A UN ESPECIALISTA.** 🚰

3.5.2 Enuresis nocturna como un síntoma de estrés agudo en niños

- » Aplique las estrategias generales de manejo para los síntomas de estrés agudo (» STR 3.1–3.4).
- » Obtenga una historia acerca del problema de enuresis nocturna para confirmar si empezó solo después de un acontecimiento estresante. Descarte y maneje posibles causas físicas (por ejemplo, cuando el niño tiene signos que sugieren una infección de las vías urinarias), aunque el problema de enuresis nocturna haya empezado dentro del mes siguiente al posible hecho traumático.
- » Evalúe y maneje los trastornos mentales y los factores psicosociales estresantes de las personas que cuidan a los niños.
- » Eduque a los cuidadores. Explíquelo que no deben castigar al niño por la enuresis nocturna. Explíquelo que es una reacción común en los niños que experimentan factores estresantes y que el castigo aumenta el estrés del niño. Explíquelo a los cuidadores la importancia de mantener la calma y de darle apoyo emocional al niño. Enséñelo que no se concentren demasiado en los síntomas y le den atención positiva al niño en otras oportunidades.
- » Considere capacitar a los padres en el uso de intervenciones conductuales sencillas (v.g. recompensar al niño cuando evita beber demasiados líquidos antes de ir a dormir, recompensarlo por ir al baño antes de dormir). Las recompensas pueden ser más tiempo para jugar, estrellas en un cuadro, o un equivalente local.
- » Si el problema persiste después de un mes, vuelva a evaluar la situación y trate cualquier trastorno físico o mental concomitante (» **Esquema principal**). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, **CONSULTE A UN ESPECIALISTA.** 🚰

Información sobre evaluación e intervención

3.5.3 Hiperventilación como un síntoma de estrés agudo

- » Aplique las estrategias generales de manejo para los síntomas de estrés agudo (» STR 3.1–3.4).
- » Descarte y maneje posibles causas físicas aunque la hiperventilación haya empezado inmediatamente después de un acontecimiento estresante. Siempre efectúe investigaciones médicas esenciales para identificar posibles causas físicas.
- » Explique que a menudo las personas presentan este problema después de estar expuestas a factores estresantes extremos.
- » Mantenga una actitud calma y, siempre que sea posible, elimine las fuentes de ansiedad y enseñe a la persona a respirar en forma apropiada (es decir, anímela a que respire normalmente, no de manera más profunda y más rápida que lo acostumbrado).
- » Recuerde que respirar en una bolsa de papel es una técnica muy utilizada, pero que no se ha investigado lo suficiente. Hay riesgos si esta técnica se usa con personas que tienen enfermedad cardíaca o asma.
- » **NO** ❌ aliente a los niños a respirar dentro de una bolsa de papel.
- » Si el problema persiste después de un mes, vuelva a evaluar la situación y trate cualquier trastorno mental concomitante (»**Esquema principal**). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, **CONSULTE A UN ESPECIALISTA.** 🚑

3.5.4 Disociación sensoriomotora (v.g. parálisis no justificada médicamente, incapacidad no justificada médicamente para hablar o ver) como un síntoma de estrés agudo

- » Aplique estrategias generales de manejo para los síntomas de estrés agudo (» STR 3.1–3.4).
- » Además, examine siempre al paciente y efectúe investigaciones médicas esenciales para identificar, manejar o descartar posibles causas físicas, aunque el problema haya empezado inmediatamente después de un acontecimiento estresante.
- » Pídale a la persona que le explique sus síntomas.
- » Reconozca el sufrimiento de las personas y mantenga una relación de respeto con ellas, evitando reforzar cualquier ventaja subconsciente que la persona pudiera lograr de los síntomas.
- » Explique que algunas veces las personas presentan este problema después de estar expuestas a factores estresantes extremos.
- » Aplique la orientación general acerca del manejo de los síntomas somáticos que no tienen explicación médica (» OTR).
- » Considere el uso de intervenciones culturalmente específicas que no hagan daño, según sea el caso.
- » Si el problema persiste después de un mes, vuelva a evaluar la situación y trate cualquier trastorno concomitante (»**Esquema principal**). Si no existe ningún otro trastorno mental o si no hay respuesta al tratamiento de un trastorno mental concomitante, **CONSULTE A UN ESPECIALISTA.** 🚑

Condiciones específicamente relacionadas con el estrés

STR 3

Información sobre evaluación e intervención

3.5.5 Psicoeducación para TEPT

La siguiente guía sobre psicoeducación se escribió para las personas que sufren el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y para quienes las cuidan. Para recibir orientación sobre psicoeducación para personas con síntoma de estrés agudo, véase la Guía de Evaluación y Manejo que se encuentra más arriba.

» Explique el curso de los síntomas

- En los primeros días o semanas que siguen a un acontecimiento de naturaleza extremadamente amenazante u horrible, la mayoría de las personas tendrán algunas reacciones relacionadas con el estrés, tales como sentirse llorosas, asustadas, rabiosas o culpables. También es posible que haya reacciones físicas, como sobresaltos o dificultad para dormir, sueños aterradores o repetición mental constante del acontecimiento. La mayoría de las personas se recuperan de estas reacciones en forma natural.
- Cuando estas reacciones duran más de un mes, se convierten en un problema continuo y causan dificultades en el funcionamiento diario de la persona, puede ser un indicio de TEPT.
- Muchas personas se recuperan del TEPT con el transcurso del tiempo sin necesidad de tratamiento. Sin embargo, el tratamiento acelerará el proceso de recuperación.

» Explique la naturaleza del TEPT

- Las personas con TEPT con frecuencia sienten que todavía están en peligro y, por lo tanto, pueden estar muy tensas. Es posible que se sobresalten con facilidad o que constantemente estén vigilando porque temen un peligro.
- Las personas con TEPT experimentan recuerdos no deseados del acontecimiento traumático. Cuando se les recuerda el acontecimiento, es posible que experimenten emociones tales como temor y horror, similares a los sentimientos que experimentaron cuando el acontecimiento estaba ocurriendo realmente. Algunas veces pueden sentir que el acontecimiento está ocurriendo otra vez. También es posible que tenga sueños aterradores.

- Estos pensamientos y recuerdos intrusivos del acontecimiento traumático son muy inquietantes. Por lo tanto, las personas con TEPT tratan de evitar naturalmente todo lo que les recuerde el acontecimiento. Lamentablemente, el hecho de evitar estos recuerdos puede causarles problemas en su vida. Por ejemplo, si un hombre con TEPT evita ir al trabajo porque fue objeto de una agresión allí, esto afectará su forma de ganarse la vida.
- Es paradójico, pero el tratar de no pensar en algo, con frecuencia hace que se piense más en ello. Pídale a la persona que trate de hacer este experimento del pensamiento. “Trate de no pensar en un elefante blanco por un minuto. ¿Hasta qué punto lo logró? Es probable que haya encontrado que era imposible alejar al elefante blanco de su cabeza. Lo mismo sucede con los recuerdos traumáticos cuando una persona tiene TEPT: cuando más se trata de no pensar en los recuerdos más se piensa en ellos”.
- Explique, si se aplicara al caso, que las personas con TEPT algunas veces pueden tener problemas concomitantes, como dolores en el cuerpo, poca energía, cansancio, irritabilidad, y depresión.

» Explique que el tratamiento eficaz es posible

- El tratamiento eficaz existe.
- Es probable que hagan falta varias semanas de tratamiento antes de que la persona sienta alguna disminución en sus síntomas de TEPT.

» Subraye los siguientes mensajes

- Dígale a la persona que tiene TEPT que:
 - Continúe sus rutinas cotidianas usuales en la medida de lo posible.
 - Hable con personas de confianza acerca de cómo se siente o de lo que sucedió, pero solamente cuando se sienta lista para hacerlo.
 - Participe en actividades relajantes que lo ayuden a reducir la ansiedad y la tensión (» STR 3). Hablar de formas culturalmente adecuadas para relajarse.
 - Haga ejercicio regularmente.

- Trate de mantener un ciclo de sueño regular (v.g. irse a la cama a la misma hora todos los días, tratar de dormir la misma cantidad de horas que antes, tratar de no dormir demasiado).
- Evitar el uso de alcohol o drogas para superar los síntomas del TEPT.
- Reconocer los pensamientos de suicidio y regresar en busca de ayuda cuando esto ocurra.

A los fines de la Guía de Intervención mhGAP, el término “intervención avanzada” se refiere a una intervención que a un profesional de salud le lleva más de un par de horas aprenderla y, generalmente, más de un par de horas ponerla en práctica. Estas intervenciones suelen hacerlas los especialistas.

En esta sección ofrece descripciones breves de dos intervenciones avanzadas. Dentro del módulo, estas intervenciones están marcadas con la abreviatura » **INT**, lo que indica que ellas requieren de un uso más intensivo de los recursos humanos. Los protocolos para estas intervenciones no se han incluido aquí.

Las intervenciones avanzadas que se describen a continuación deben considerarse cuando la persona se encuentra en un ambiente seguro, es decir, donde no hay eventos traumáticos constantes y la persona no está en peligro inminente de una mayor exposición a hechos traumáticos. La opinión de los expertos está dividida acerca de su uso apropiado en ambientes que no son seguros.

Terapia cognitiva conductual enfocada al trauma (TCC-T)

La terapia cognitiva conductual individual o grupal enfocada al trauma (TCC-T) se basa en la idea de que las personas con TEPT tienen pensamientos y creencias nocivos para la salud, relacionados con un acontecimiento traumático y sus consecuencias. Estos pensamientos y creencias nocivos hacen que la persona trate de evitar los recuerdos del hecho de una manera nociva y contribuyen a que se mantenga una sensación de amenaza constante. Las intervenciones cognitivas conductuales enfocadas al trauma suelen incluir (por medio de imágenes o en vivo) un tratamiento de exposición y/o enfrentamiento directo a los pensamientos y creencias nocivos relacionados con el trauma.

Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares (DRMO)

La terapia de reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares (DRMO) se fundamenta en la idea de que los pensamientos, sentimientos y conductas negativos son el resultado de recuerdos no procesados. El tratamiento implica procedimientos estandarizados que incluyen enfocarse simultáneamente en (a) asociaciones espontáneas de imágenes, pensamientos, emociones y sensaciones corporales y (b) estimulación bilateral, que consiste usualmente en movimientos oculares repetidos. Al igual que la TCC-T, la DRMO busca reducir el sufrimiento subjetivo y fortalecer las creencias de adaptación relacionadas con el hecho traumático. A diferencia de la TCC-T, la DRMO no incluye (a) descripciones detalladas del acontecimiento, (b) enfrentamiento directo de las creencias, (c) exposición ampliada o (d) practicar en la casa.

Apéndice:



Ajustes propuestos a la Guía de Intervención mhGAP existente para insertar el módulo sobre Condiciones relacionadas específicamente con el estrés (STR)

- » **Esquema principal:** Agregar una nota al pie de página en la que se indique: “El acceso al Módulo sobre condiciones relacionadas específicamente con el estrés (STR) debe hacerse a través del Módulo sobre Depresión.” Como alternativa, indicar claramente en el Esquema principal que los síntomas somáticos y emocionales de DEP también son válidos para STR.
- » **Módulo sobre depresión:** El recuadro “pase a” ahora dice “Salga de este Módulo y evalúe Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica » OTR”. Este recuadro puede cambiarse para indagar si la persona está sufriendo debido a la exposición a factores estresantes extremos (pérdidas, acontecimientos traumáticos). Si la persona contesta SÍ, entonces el clínico deberá consultar el módulo STR. Si la persona dice NO, entonces el clínico deberá utilizar el módulo OTR.
- » **Módulo OTR:** Una respuesta SÍ a la pregunta “¿Ha estado expuesta la persona recientemente a factores estresantes extremos (pérdidas, acontecimientos traumáticos?)” tendría que conducir de nuevo al módulo STR.
- » **Vínculos:** Tendrían que indicarse vínculos al módulo STR (como un posible trastorno concomitante) en los módulos DEP, PSI, DES, CON, ALC, DRO y SUI.
- » **Intervenciones psicosociales avanzadas:** Esta sección tendría que ser actualizada para incluir las definiciones de TCC-T y DRMO.

Este módulo de la Guía de Intervención mhGAP contiene asesoramiento acerca de la evaluación y el manejo relacionados con el estrés agudo, el estrés postraumático y el duelo en entornos de salud no especializados. Se trata de un anexo a la Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (OMS, 2010).

La orientación expuesta en el módulo se basa en recomendaciones aprobadas formalmente por el Grupo de Elaboración de la Guía de la OMS.

Este módulo debe utilizarse siempre junto con la Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (OMS, 2010), que expone principios generales pertinentes de atención y manejo de una gama de otros trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.

Si desea más información, sírvase comunicarse con:

Department of Mental Health and
Substance Abuse
World Health Organization
Avenue Appia 20
CH-1211 Geneva 27
Switzerland

Correo electrónico: mhgap-info@who.int
Sitio web: www.who.int/mental_health/mhgap/



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**
OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

