

Retraumatización en los servicios de salud mental: una revisión y propuesta de actuación alternativa

Retraumatization in Mental Health Services: A Review and Alternative Proposals

ANA MORENO PÉREZ, ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA

Área de Gestión Clínica de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Correspondencia: Ana Moreno Pérez (anamorenoperez@gmail.com)

Recibido: 20/01/2023; aceptado con modificaciones: 21/06/2023

Los contenidos de este artículo están bajo una Licencia Creative Commons CC BY-NC-SA 4.0 (Atribución-No Comercial-Compartir igual).



Resumen: Las experiencias traumáticas son muy frecuentes entre las personas que acuden a los servicios de salud mental. Hay evidencia de que las circunstancias vitales de las personas juegan un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento de los problemas psicológicos, emocionales y conductuales. Sin embargo, las experiencias traumáticas se infradetectan en los servicios de salud mental y, con frecuencia, ni los servicios ni las prácticas que se realizan en ellos están adaptadas a esta realidad. Existe una diversidad de prácticas, desde el modelo de comprensión de lo que le ocurre a la persona hasta experiencias relacionadas con el trato o la coerción, que pueden retraumatizar. Se realiza una revisión narrativa sobre la presencia del trauma en las personas que acuden a

los servicios de salud mental, las prácticas retraumatizantes y las propuestas para avanzar hacia servicios conscientes del trauma.

Palabras clave: trauma, retraumatización, servicios conscientes del trauma.

Abstract: Traumatic experiences are very common among people attending mental health services. There is evidence that people's life circumstances play a fundamental role in the development and maintenance of psychological, emotional and behavioral problems. However, traumatic experiences are underdetected in mental health services and, frequently, neither the services nor the practices carried out in them are adapted to this reality. There is a diversity of practices, from the model of understanding what is happening to the person to experiences related to treatment or coercion, that can retraumatize. A narrative review on the presence of trauma in people attending mental health services is carried out. Retraumatizing practices and some proposals to move towards trauma-informed services are examined.

Key words: trauma, retraumatization, trauma-informed care.

INTRODUCCIÓN

EN LAS ÚLTIMAS DÉCADAS la visión sobre qué son las alteraciones de la salud mental, cuáles son sus causas, cómo podemos ayudar y qué daña a las personas que atendemos ha ido cambiando para hacerse más compleja, más “ecológica” en el sentido de entender el sufrimiento psíquico en el entramado de relaciones que se dan en un contexto socio-político-cultural determinado. Quizá no conocemos completamente los mecanismos biológicos por los que la violencia, el racismo, el abuso sexual o la negligencia dañan a las personas. Pero sabemos que la violencia, el racismo, el abuso sexual y la negligencia están presentes en la vida de la inmensa mayoría de las personas que presentan sufrimiento psíquico intenso a lo largo de su vida (1,2).

A pesar de este conocimiento, las intervenciones que ofrecemos a las personas que acuden a los servicios de salud mental –desde cómo están pensados y organizados los propios servicios a qué ocurre en el interior de la relación profesional/paciente– están condicionadas de manera mayoritaria por una visión biomédica del sufrimiento psíquico, que ofrece una explicación de lo que está pasando desconectada de la biografía y del contexto (y, por consiguiente, carente de sentido), cuya principal herramienta es el fomento de la conciencia de enfermedad y el tratamiento farmacológico. El problema con esta organización no es solo que no sea útil a algunas de las personas que atendemos (y que abandonan los servicios por ello), sino que refuerza ejercicios de poder que vuelven a poner en situación vulnerable y desempoderada a

los ya vulnerables y desempoderados, contribuye a fomentar el estigma y, finalmente, tiene un alto potencial de daño.

La idea misma de que los servicios que prestamos pueden retraumatizar a las personas que atendemos puede ser difícil de aceptar. Pero ocurre. Nos lo dicen los estudios y las personas que atendemos, seamos o no capaces de escucharlo. Una de nuestras responsabilidades es mirar hacia ahí: mirar con las pacientes, con las compañeras de trabajo, con las autoridades sanitarias y contribuir a transformar nuestras prácticas en seguras y útiles (3,4).

EL TRAUMA Y LAS PERSONAS ATENDIDAS EN SALUD MENTAL

Las experiencias traumáticas son muy frecuentes entre las personas que acuden a los servicios de salud mental. Hay abundante evidencia acerca de que las circunstancias vitales de las personas juegan un papel fundamental en el desarrollo y el mantenimiento de los problemas psicológicos, emocionales y conductuales (5). Entre los factores más importantes se encuentran: la clase social y la pobreza, la desigualdad de recursos, el paro; el abandono y el abuso sexual, físico o emocional en la infancia; la violencia sexual y la doméstica; la pertenencia a grupos sociales desfavorecidos; la guerra y otras situaciones que amenazan la vida; el acoso en sus diversas formas y la discriminación; y las pérdidas significativas, como la de un padre en la infancia (2).

Diversos estudios (6) encuentran una fuerte relación entre la adversidad en la infancia y las consecuencias negativas a lo largo de la vida: ansiedad y ánimo muy bajo, problemas de alcohol y drogas, conducta antisocial, bajo rendimiento escolar, problemas relacionales, autolesiones y suicidio. Estos vínculos se han encontrado también en relación a conductas dañinas para la salud, como fumar o una mala dieta, además de con una gama de problemas de salud, como enfermedad cardiovascular, hepática, cáncer de pulmón, obesidad y diabetes (1,7). Las adversidades en la infancia también se vinculan con casi todas las categorías del diagnóstico funcional, incluyendo “ansiedad y alteraciones del ánimo”, “trastornos alimentarios”, “trastornos de personalidad”, “trastornos de conducta” y “psicosis”, autolesiones y suicidio, estados relacionados con el “bienestar mental” en general (2). Existen estudios muy interesantes que aportan luz sobre cómo se establece esta relación causal entre la adversidad en la infancia y el desarrollo de psicopatología en la vida adulta que han sido revisados exhaustivamente por Johnstone y colaboradoras (2).

Se reconoce un rol causal de los abusos sexuales en depresión, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastornos del comportamiento alimentario, uso problemático de sustancias, disfunción sexual, trastornos de personalidad, trastornos disociativos y psicosis (8-11).

Las personas atendidas en los servicios de salud mental sometidas a abuso sexual o físico durante la infancia tienen (8):

- primeros ingresos más tempranos,
- hospitalizaciones más largas y frecuentes,
- pasan más tiempo en aislamiento o contención,
- reciben más medicamentos,
- más probabilidades de automutilarse
- mayor gravedad de los síntomas globales.

Es mucho más probable que estas personas intenten suicidarse que las que son atendidas en los mismos servicios pero no han sufrido dicho abuso (12).

Desde hace años está documentado el probable papel causal de las experiencias adversas en la infancia con los problemas de salud mental en la edad adulta (2,8,13-15).

Tanto en términos humanos como económicos, el coste de no abordar el daño asociado a estas experiencias adversas es elevado: las repercusiones se observan en los sistemas de atención sanitaria, el empleo, el bienestar infantil, las personas sin hogar, la justicia penal y la educación.

La investigación sugiere que la violencia interpersonal debería ser un foco principal cuando los profesionales de la salud mental evalúan a los usuarios, formulan las causas de sus dificultades y hacen planes de tratamiento (16).

Sandra Bloom (17) sugiere que es fácil no hacer estas preguntas o ignorar las respuestas, entre otras cosas, porque es difícil escuchar las historias de heridas profundas y al mismo tiempo es relativamente fácil, con el tiempo, endurecerse con estas historias llenas de tristeza, trauma y pérdida. Hemos descubierto, afirma, que la razón por la que no exploramos más estas historias no es porque sea demasiado difícil para nuestros usuarios, sino porque es difícil para nosotros, los profesionales.

En su relación con los servicios de salud mental, no es infrecuente encontrar personas que se definen como “supervivientes de la psiquiatría” y que denuncian los perjuicios que han sufrido en su relación con la misma: desde una comprensión de lo que les ocurre que les devuelve una imagen culpabilizadora y desempoderada, en la que la posibilidad de retomar la responsabilidad sobre su vida pasa por aceptar una cosmovisión que puede ser completamente ajena a la persona, hasta aceptar medicación y prácticas específicas que dañan una y otra vez, repitiendo vulneraciones de derechos. El relato de personas que han sido dañadas por los servicios que deberían proporcionarles atención y cuidados no cesa (18-21). En la actualidad, la defensa de la atención a la salud mental respetuosa con los derechos de las personas y libre de coerción forma parte de las reivindicaciones de colectivos en primera persona y profesionales (22,23).

a) Servicios de salud mental

La prevalencia estimada de trauma psíquico entre las personas que acceden a servicios de salud mental se sitúa aproximadamente entre el 70% y el 90% (24).

Phipps *et al* (25) examinaron las tasas y los tipos de trauma informados por los usuarios que utilizan un servicio de salud mental del centro de la ciudad en Sídney, Australia. El estudio también exploró si los usuarios sentían que había sido útil que se les preguntara sobre su experiencia traumática, si pensaban que estas preguntas deberían hacerse de forma rutinaria y si querían hablar sobre estas experiencias. El 88% de los usuarios evaluados informó que había experimentado al menos un evento traumático, mientras que el 79% informó haber experimentado dos o más eventos. La mayoría de los usuarios pensaban que era útil que se les preguntara sobre el trauma y que debería ser parte de la evaluación. Sin embargo, menos de un tercio de estos usuarios encuestados querían hablar sobre el trauma en el momento de la evaluación (25).

Jennings (26) lleva a cabo un estudio cualitativo en el que recoge el testimonio de 199 personas atendidas en servicios de salud mental y que han sido hospitalizadas al menos una vez. Encuentra que entre el 87% y el 99% tenían antecedentes de exposición a múltiples tipos de traumas a lo largo de sus vidas. El 47% había sufrido agresiones físicas y el 33%, agresiones sexuales durante la infancia y/o la edad adulta. El 27% cumplía criterios de TEPT, aunque pocos (3%) fueron diagnosticados como tales (26).

b) Recursos de rehabilitación

Cusack *et al* evalúan la prevalencia vida de eventos traumáticos y TEPT actual entre 142 usuarios de salud mental con enfermedades mentales graves atendidos por un programa de día de rehabilitación psicosocial. La exposición de por vida al trauma fue del 87% (27). La tasa de TEPT detectada con la Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático (PCL) también fue alta (19-30% según los diferentes criterios de puntuación). La documentación del trauma y el TEPT fue excepcionalmente baja en los registros médicos. Los resultados sugieren que el trauma y el TEPT se pasan por alto con mucha frecuencia en el sistema público de salud mental y que es necesario un mejor reconocimiento del trauma y el TEPT para brindar servicios significativos a esta población altamente vulnerable (27). González Cases señala que la prevalencia de la violencia de pareja hacia mujeres con trastorno mental grave es muy elevada: 80% de las mujeres con trastorno mental grave han sido maltratadas por su pareja o expareja en algún momento de su vida y el 30%

lo han sido en el último año. Este último dato multiplica por tres la prevalencia en comparación con mujeres de población general (10% en el último año) (28,29). En un estudio en nuestro medio en dos centros de rehabilitación psicosocial, encuentran que la prevalencia de la violencia en los doce meses previos a la entrevista fue del 40,3% y del 74,1% a lo largo de la vida. La forma de abuso más frecuente fue el psicológico, seguido del físico y en último lugar el sexual (30).

c) Hospitalización

Los usuarios que acceden a unidades de hospitalización de salud mental también pueden experimentar trauma o retraumatización al acceder a dichos servicios. El trauma y la retraumatización ocurren como consecuencia de prácticas coercitivas comunes, como la reclusión, la contención mecánica, el tratamiento involuntario y la administración forzosa de la medicación, el transporte involuntario por la policía o la ambulancia; el entorno en sí mismo también se informa como traumatizante. Además, ni suele explorarse el trauma previo ni ofrecerse un tratamiento específico para el trauma. No es frecuente que estas unidades se organicen con una filosofía de servicios conscientes del trauma (31).

LAS PERSONAS CON TRAUMA FRENTE A LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Para Doob, un porcentaje significativo de mujeres adultas atendidas en los servicios de salud mental son sobrevivientes de abuso sexual en la infancia en el entorno familiar y muestran un patrón de síntomas que se cree que están relacionados con esa experiencia (32). Cuando el tratamiento está dirigido a resolver las secuelas emocionales y psiquiátricas de los abusos sexuales en la infancia, el pronóstico es bueno. Sin embargo, cuando la naturaleza postraumática de los síntomas no se tiene en cuenta en el diagnóstico y tratamiento, la respuesta profesional puede emular el contexto del abuso original y el pronóstico es generalmente pobre. Es cada vez más evidente que puede haber un porcentaje elevado de sobrevivientes de abuso sexual en la infancia entre la población de pacientes con enfermedades mentales crónicas. Para fomentar la curación en lugar de la intensificación y mantenimiento de los síntomas, es esencial que los profesionales reconozcan los efectos persistentes de experiencias de abuso y comprender las necesidades específicas que puedan tener los sobrevivientes. Una actitud de negación recrea el contexto de las experiencias de la niñez cuando las sobrevivientes han sido culpadas por su victimización y cuando su sufrimiento fue ignorado (32).

Los problemas de salud mental son un factor de riesgo para el trauma y, paradójicamente, el tratamiento de salud mental también se ha asociado con la retraumatiza-

ción, cuando una experiencia presente induce la reviviscencia de un evento traumático pasado (33). Prácticas como la inmovilización, la reclusión y la administración forzada de medicación, que pueden darse en entornos médicos, de salud mental y de urgencias, se han relacionado con efectos perjudiciales para los pacientes que presencian y experimentan personalmente estas intervenciones, así como para los profesionales sanitarios (34). Además, los antecedentes de experiencias traumáticas se han relacionado con un menor compromiso con la atención clínica, lo que puede contribuir aún más al empeoramiento de la salud (35). La exposición a traumas puede predisponer a las personas a experimentar la atención como angustiada y dañina, con desconfianza y evitación de la atención clínica, lo que crea barreras para la participación en la atención. El trauma, por tanto, es un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud y puede hacer más compleja la participación en la atención sanitaria (36).

¿QUÉ ES LA RETRAUMATIZACIÓN?

a) *Conceptos básicos*

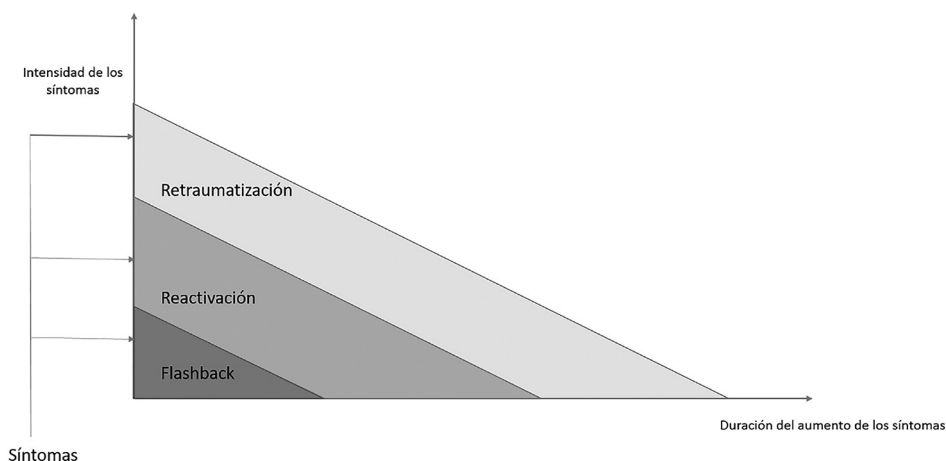
No existe una definición universalmente aceptada de retraumatización. En general, los trabajos publicados estudian la relación entre la exposición a un nuevo trauma y la reactivación de sintomatología postraumática en personas que ya han sido diagnosticadas de TEPT (37). Schock *et al* (37) revisan los resultados del impacto de nuevos traumas en personas diagnosticadas de TEPT y encuentran dos conceptos diferentes –reactivación y retraumatización– en base a la duración y la intensidad del aumento de los síntomas. Resumimos aquí:

- *Flashback o reviviscencia*: forma parte del cortejo sintomático del TEPT. La persona vuelve a *revivir* la situación traumática como si estuviera sucediendo otra vez. Generalmente se desencadena por algún elemento (un sonido, un olor, una imagen, un pensamiento...) que trae al presente el evento traumático.
- *Reactivación*: aumento a corto plazo de los síntomas que, en general, puede ser gestionado por la persona afectada. Tiene mayor duración e intensidad que el *flashback*.
- *Retraumatización*: aumento de la carga sintomática causada directamente por revivir el trauma en una experiencia actual. Implica una exacerbación significativa de los síntomas tras un nuevo acontecimiento traumático o situación estresante a consecuencia de la cual la persona ya no es capaz de hacer frente a este aumento de síntomas. Es más probable cuando la persona ha desarrollado un TEPT completo y el contenido del trauma actual guarda relación con el trauma original (37).

La Figura 1 es ilustrativa de estos conceptos:

FIGURA 1

Diferenciación de los constructos según la intensidad y duración del aumento de síntomas en personas con TEPT (37)



Los autores señalan que el grado en que el individuo afectado se siente impotente y desamparado es un factor decisivo para determinar lo traumática que se percibe una situación y que las situaciones actuales percibidas como amenazantes tienen una mayor probabilidad de provocar retraumatización. Este sentimiento de impotencia y desamparo, la pérdida de agencia de la persona sobre su vida, la imposibilidad de ayuda y/o de huida está en la base de las distintas experiencias que se señalan como retraumatizadoras.

El concepto de retraumatización también es utilizado en el campo psicosocial y en el de apoyo a víctimas de catástrofes y violencia política. Aporta una visión del trauma más amplia, no ligada al TEPT, que incluye elementos contextuales y se combina con políticas de verdad, justicia y reparación. Hace referencia a la ocurrencia de ciertos eventos asociados a las violaciones de los derechos humanos cuyo efecto previsible es el de incorporar nuevas situaciones dolorosas a un contexto humano previamente traumatizado (38).

Habrà retraumatización, señalan Sweeney *et al* (4), mientras los sistemas de salud mental no reconozcan el papel del trauma en la vida de las personas y su consiguiente necesidad de seguridad, mutualidad, colaboración y empoderamiento.

Ann Jennings define la retraumatización en los servicios de atención a la salud mental como una situación, actitud, interacción o entorno que reproduce los acontecimientos o la dinámica del trauma original y desencadena los sentimientos y reacciones abrumadoras asociadas a ellos. Puede ser evidente o no, suele ser involuntaria pero no por ello deja de ser hiriente, exacerbando los mismos síntomas que llevaron a la persona a los servicios (26). Distingue entre “trauma de santuario” y “daño de santuario” en el estudio en Carolina del Norte, que es una de las primeras investigaciones empíricas sobre el trauma y la retraumatización en entornos psiquiátricos:

Trauma de santuario: acontecimientos que cumplieran los criterios del DSM-IV para un estresor traumático extremo que conducía a síntomas de TEPT. Es un concepto desarrollado por Silver que “ocurre cuando una persona que sufrió un factor estresante severo se encuentra con más situaciones traumáticas en lo que se esperaba que fuera un entorno de apoyo y protección”. Silver desarrolla este concepto en su trabajo hospitalario con veteranos de la guerra de Vietnam (39) y está en la base del “Modelo Santuario”, desarrollado por Sandra Bloom y Brian Farragher (17). El concepto de santuario surge de esta idea cuando se dan cuenta de que muchos pacientes que acudían a los centros psiquiátricos esperando ayuda, comprensión y consuelo obtenían, en su lugar, normas rígidas, procedimientos humillantes, métodos contradictorios y sistemas explicativos a menudo confusos y culpabilizantes.

Daño de santuario: sucesos que implicaron acciones muy insensibles, inapropiadas, negligentes o abusivas por parte del personal (a menudo una pequeña minoría) que produjeron o exacerbaron los síntomas de un trauma previo, aunque no hayan sido retraumatizantes en sentido estricto.

En el estudio de Jennings (26), entre el 87 y el 99% tenían antecedentes de exposición a múltiples tipos de traumas a lo largo de sus vidas. El 47% había sufrido agresiones físicas y el 33% agresiones sexuales durante la infancia y/o la edad adulta. El 27% cumplía criterios de TEPT, aunque pocos (3%) fueron diagnosticados como tales. Casi la mitad (47%) experimentó “trauma de santuario”. El 91% experimentó “daño de santuario”. Eran especialmente vulnerables las personas que habían experimentado varios traumas a lo largo de la vida y las personas que habían sido abusadas sexualmente.

Entre los “traumas de santuario” se señalaron:

- Agresión física por parte del personal u otros pacientes (31%)
- Ser agredido sexualmente por el personal u otros pacientes (8.5%)
- Ser testigo de agresiones físicas o sexuales a otras personas (63%)

Entre los daños de santuario se destacaron:

- Aislamiento (60%)
- Estar rodeado de otras personas muy perturbadas, violentas o atemorizantes (56%)
- Ser esposado y metido en un coche de policía (65%)
- Ser derribado o presenciar el derribo de otras personas (47%)
- Ser inmovilizado (33%)
- Ser registrado desnudo
- No tener la privacidad adecuada para bañarse, vestirse o ir al baño
- Tener a la policía o a un guardia de seguridad fuera de la sala de reclusión sin ninguna explicación
- Utilización de la medicación o el internamiento como amenaza o castigo (20%)
- Ser obligado a tomar medicación contra su voluntad
- Uso por parte del personal de nombres despectivos hacia el usuario o hacia otros pacientes, acosándolos o intimidándolos de alguna manera verbal (23%)

El impacto de la retraumatización se deja sentir tanto en las personas que lo sufren como en los profesionales que llevan a cabo estas prácticas. Entre las personas atendidas se ha descrito (26, 40-44):

- Disminución o pérdida de confianza
- Mayores tasas de autolesiones
- Disminución significativa de la disposición a seguir cualquier tratamiento
- Aumento de recuerdos intrusivos, pesadillas y *flashbacks*
- Reexperimentación de síntomas y emociones de traumas anteriores, que cuando son extremos pueden adquirir una intensidad delirante
- Aumento de la cronicidad del estrés con mayor riesgo de morbilidad psiquiátrica, por ejemplo, TEPT, depresión crónica
- Mayores tasas de angustia -durante periodos más largos tras el alta
- Mayor recaída de síntomas y rehospitalización
- Necesidad de estancias hospitalarias más largas

Y entre los profesionales (26, 45-47):

- Mayores índices de agresiones y lesiones del personal
- Tasas elevadas de reclamaciones de los usuarios
- Mayor dificultad para generar confianza
- Mayor nivel de estrés y trauma secundario experimentado por el personal
- Mayores tasas de rotación de personal y baja moral
- Mayor índice de ausencias y enfermedades del personal

- Conflictos entre los códigos personales y los códigos éticos
- Desconexión, deshumanización, pesimismo que pueda proteger contra la impotencia
- Desvalorización del propio trabajo y de su capacidad para mejorar la vida de las personas atendidas
- Daño moral como mediador del desgaste profesional (48)

En relación con los profesionales y las organizaciones, Bloom señala que, como resultado del estrés organizacional agudo y crónico, ocurren procesos destructivos dentro y entre organizaciones que reflejan o son “paralelos” a los procesos por los cuales los pacientes buscan ayuda (17). Sobre este tema existe abundante literatura previa (49-52). El resultado para los proveedores de servicios es un tipo de trauma colectivo a medida que las organizaciones dejan de cumplir su rol social fundamental: el de contener la ansiedad, el sufrimiento, la derrota y la incertidumbre. Los mecanismos de defensa, continúa, llegan a dominar cualquier actividad terapéutica que se supone que está ocurriendo en la organización (17). No hemos encontrado, por otra parte, investigación sobre el efecto que ejercer coerción puede tener en personal sanitario que ha tenido, a su vez, experiencias vitales traumáticas.

MECANISMOS POR LOS QUE LA ATENCIÓN RETRAUMATIZA

Posiblemente ninguna intervención que quite el poder a la persona sobreviviente fomente su recuperación, sin importar lo mucho que parezca ser en pro de sus intereses
Herman (53)

a) El modelo biomédico de comprensión del sufrimiento psíquico

La tendencia actual en los sistemas de salud mental a conceptualizar las conductas extremas y de angustia como síntomas de enfermedad mental en lugar de como estrategias de adaptación a traumas pasados o presentes puede ocasionar que las intervenciones a personas en situaciones de extrema angustia sean inútiles e incluso (re)traumatizantes.

El daño que la visión biomédica de los sentimientos y conductas perturbadoras puede tener para las personas que son etiquetadas como “enfermas mentales” está bien descrito en el Informe del Relator Especial de la ONU (54,55) sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (que encuentra como obstáculos para el respeto de los derechos humanos en personas que padecen sufrimiento psíquico intenso el predominio del modelo biomédico, las asimetrías de poder y el uso sesgado de los datos empíricos). Aparece en múltiples artí-

culos de activistas/supervivientes de la psiquiatría (puede verse en páginas web como www.madinamerica.com, www.madinspain.org, www.hearing-voices.org, revistas como *Asylum* <https://asylummagazine.org/> o en textos de profesionales (56-60)).

Transformar lo que las personas *sienten y hacen* en algo que *tienen* (2,61) es señalado como una de las prácticas que vuelve a dejar a la persona indefensa, culpabilizada y con muy poca posibilidad de conocer y utilizar sus propias fortalezas para salir adelante.

La necesidad de revisar la literatura a la luz de estos sesgos y de proponer un modelo diagnóstico alternativo ha llevado a la Sociedad Británica de Psicólogos a la publicación en 2018 del *Marco de Poder, amenaza y significado. Un sistema conceptual no diagnóstico alternativo* (2,62-64), que entiende a los humanos como seres dotados de sentido y capacidad de agencia que pueden poner en marcha estrategias que ayudan a sobrevivir ante los efectos dañinos del poder. La conducta alterada o los sentimientos perturbadores se entienden mejor, a la luz de este presupuesto, como estrategias de supervivencia dotadas de sentido, que pueden haber perdido o no su utilidad en la actualidad.

La retraumatización ocurre cuando algo en una experiencia presente hace revivir un trauma pasado, como la incapacidad de detener o escapar de una amenaza personal percibida o real. Las formas evidentes de retraumatización incluyen aislamiento, contención, medicación forzada, registros corporales y observación permanente.

Hasta la introducción de la filosofía de los servicios conscientes del trauma, este ha sido un fenómeno que, a pesar de las denuncias de los usuarios, se ha negado, hasta el punto de no haber sido objeto de investigación más que muy excepcionalmente, por lo que es difícil encontrar datos generalizables.

b) Reproducción de situaciones traumáticas

Algunas intervenciones del sistema de salud mental pueden retraumatizar; intervenciones controladoras, coercitivas y paternalistas vuelven a reproducir relaciones de poder características de los eventos traumáticos experimentados, incrementan la retraumatización, impiden la construcción de una relación de confianza y provocan que las personas con sufrimiento se alejen de los servicios y no reciban la ayuda que necesitan.

El efecto dañino de la coerción ha sido bien documentado (65). Nos interesa saber más sobre cómo se produce la reviviscencia del trauma en los servicios de salud mental.

Ann Jennings (26) proporciona un estudio de caso sobre el abuso sexual de su hija cuando era niña y sus experiencias posteriores como usuaria con trastorno

mental crónico en el sistema de salud mental. Utilizando información de 17 años de registros de salud mental, traza un paralelismo entre el trauma en la infancia y las actitudes que retraumatizan en la atención en los servicios de salud mental. Ambas situaciones (primera infancia y prácticas institucionales en los servicios de salud mental) remiten a experiencias en las que la niña primero y la adulta después:

- no es vista, escuchada, atendida
- tiene la experiencia de estar atrapada
- revive los abusos
- tiene la experiencia de estar aislada
- tiene la experiencia de ser culpada y avergonzada
- tiene la experiencia de ser controlada, de no tener ningún poder
- tiene la experiencia de estar desprotegida
- tiene la experiencia de ser amenazada
- tiene la experiencia de ser desacreditada
- tiene la experiencia de que sus conductas sean entendidas como locuras, sin sentido
- tiene la experiencia de ser traicionada

Resultados muy similares sobre lo que daña encontramos en el trabajo de Hunter (44). En Maine se llevó a cabo un estudio, liderado por la misma Ann Jennings, que reunió durante 8 meses a más de 200 usuarios de salud mental y personal sanitario designado por ellos como *de su confianza* para detectar *lo que daña, lo que ayuda* y lo que se necesita en los servicios de salud mental (66). El estudio pretendía servir de base para desarrollar unos servicios sensibles al trauma en el Estado de Maine.

Los resultados de este trabajo se publicaron en un documento llamado “En sus propias palabras”, en el que se recogen literalmente las opiniones de las personas atendidas en los servicios y los profesionales que estas consideraron como *de su confianza* sobre lo que les parece que daña y lo que les parece que resulta de ayuda en el proceso de atención. Estas aportaciones se presentan organizadas en diez apartados que aquí recogemos en la Tabla 1 (66).

El aspecto más sorprendente de este diálogo fue el grado de acuerdo entre supervivientes y proveedores sobre lo que hace daño y lo que resulta de ayuda (Tabla 2). Juntos, estos supervivientes de abusos y quienes han respondido a sus necesidades, ofrecen, más allá de una crítica al “sistema” actual en lo que se refiere al trauma, un compendio de reflexiones, ideas y recomendaciones concretas que apuntan a una forma más responsable y sanadora de ver y abordar los dolorosos e inquietantes efectos de los abusos infantiles en los supervivientes adultos. La lectura del documento sigue siendo una importantísima fuente de inspiración para quien intente construir una alternativa al actual sistema de atención.

TABLA 1

Temas abordados por usuarios de los servicios de salud mental y sus profesionales de confianza para determinar qué daña y qué resulta de ayuda en el proceso de atención

<ol style="list-style-type: none"> 1. Reconocer (o ignorar) la prevalencia, indicadores e impacto del trauma 2. Retraumatización a través de la hospitalización: Creación de lugares seguros para la curación 3. Responder a las crisis como oportunidades de crecimiento y la recuperación 4. Falta de tratamiento del trauma en la comunidad: Necesidad, apoyos necesarios y el valor de las terapias alternativas 5. De la alienación y el aislamiento a la defensa, apoyo entre iguales y empoderamiento 6. Actitudes, comportamientos y prácticas profesionales: Necesidad de educación y formación 7. Medicación: Un arma de doble filo 8. Conexiones interinstitucionales e interdisciplinarias: El trauma como eje unificador 9. Creación de políticas, estructuras y prácticas sensibles al trauma 10. Los sistemas de gestión sanitaria, Medicaid y otros seguros: ¿obstáculos o apoyos?
--

Elaborada a partir de Jennings y Ralph (66)

TABLA 2

Lo que daña y lo que ayuda a los supervivientes de trauma

LO QUE DAÑA	LO QUE AYUDA
<p>Aislamiento y negacionismo. “La esencia del superviviente de abusos es estar solo y sin ningún testigo”. Una y otra vez oímos que los supervivientes de abusos se sienten aislados y estigmatizados por sus historias y sus síntomas. Una y otra vez oímos que la respuesta generalizada de la sociedad, sus instituciones e incluso de muchos profesionales de la ayuda es negar, minimizar y evitar el tema de la violencia interpersonal y sus consecuencias.</p>	<p>Empoderamiento. Para quienes se han sentido disminuidos, estigmatizados y estigmatizados y no escuchados, ha sido una parte importante de la curación empezar a sentirse respetados, apoyados y escuchados. Además, escuchar las experiencias y las necesidades expresadas por los supervivientes de traumas no solo los empodera a ellos, sino que también es una forma clave de educar a los demás. En última instancia, sin embargo, la energía</p>

	<p>colectiva, la experiencia compartida y el activismo continuo de los Grupos Asesores sobre Trauma ha demostrado el poder inherente a la gente que se organiza y trabaja junta por una causa común.</p>
<p>Maltrato y retraumatización. Cuando los que buscan ayuda se sienten ignorados o no creídos y cuando se ignora que el abuso es un problema central, el diagnóstico, el plan de tratamiento y la alianza terapéutica se ven comprometidos desde el principio. Cuando se produce una lucha de poder entre el cliente y el profesional, o entre el cliente y la institución, el superviviente es una vez más el perdedor, herido por las mismas personas que se supone que deben ayudarle a curar el daño.</p>	<p>Prácticas y servicios sensibles. La mayoría coincide en que la creación de un nuevo sistema de servicios específico para supervivientes de traumas es poco práctico e innecesario. Los sistemas de salud mental, médicos y de servicios sociales existentes pueden y deben ser modificados, mejorados y ampliados para atender mejor las necesidades de las personas con antecedentes de malos tratos, que constituyen la mayoría de su clientela actual.</p>
<p>Falta de servicios receptivos. Tanto los supervivientes como los proveedores describen no solo la ausencia de servicios dirigidos específicamente a los problemas de abuso, sino también la exclusión de los supervivientes con determinadas etiquetas diagnósticas de los programas o plazas existentes. Lo que necesitan los supervivientes no es un misterio y está claramente articulado en este libro; aunque crear servicios sensibles al trauma e integrarlos en un sistema más amplio es una cuestión que va mucho más allá.</p>	<p>Políticas que reflejen la comprensión del trauma. Tanto los supervivientes como los proveedores reiteran la necesidad de que la planificación y el desarrollo de políticas -a todos los niveles- sean sensibles al trauma y de apoyo tanto a los que utilizan los servicios como a los que los prestan. Las políticas y los planes que afectan a la accesibilidad de los servicios, la formación de los proveedores, la práctica clínica, la continuidad de la atención y la percepción pública deben considerarse cuidadosamente desde la perspectiva del trauma y, preferiblemente, con la aportación directa de los supervivientes y consumidores.</p>

Falta de formación y educación.

Esencialmente, no existe formación formal sobre trauma ni teórica ni práctica en ningún plan de estudios académico o profesional de ninguna de las disciplinas. Abundan la desinformación, los prejuicios y la resistencia al cambio y al reaprendizaje, lo que determina el sentimiento general tanto los supervivientes como de sus cuidadores “de confianza” de que disponen de poco apoyo informado y respetuoso.

Educación y formación pertinentes.

Tanto los supervivientes como los profesionales coinciden en que hay una necesidad perentoria de educación sobre la prevalencia, los indicadores y las consecuencias del trauma. También es vital que esta formación se ofrezca tanto en entornos laborales como académicos e incluya tanto el desaprendizaje como el nuevo aprendizaje y que aborde tanto la actitud como la información y la investigación.

Elaborada a partir de Jennings y Ralph (66)

Jennings considera que, si bien la retraumatización puede ser involuntaria e imprevista, permanecerá mientras los sistemas de salud mental no reconozcan el papel del trauma en la vida de las personas y su consiguiente necesidad de seguridad, reciprocidad, colaboración y empoderamiento. Los servicios y apoyos actuales que no toman en cuenta estos impactos pueden volver a traumatizar inadvertidamente, lo que refuerza aún más las necesidades de los sobrevivientes de estrategias de afrontamiento como el uso de drogas ilícitas o la autolesión (4).

Merece una consideración específica sufrir violencia sexual en el entorno hospitalario por la posibilidad de revivir exactamente la situación traumática. Las pacientes señalan que sufrir violencia sexual en el entorno hospitalario es una experiencia aterradora (61). Los profesionales de la salud mental se encuentran con dificultades (falta de habilidades y confianza) para responder a las revelaciones de pacientes sobre agresión sexual en el entorno hospitalario, incluso cuando estas revelaciones son coherentes y están respaldadas por pruebas. Estas dificultades se refieren a la valoración de la capacidad de la paciente para dar su consentimiento, dudas sobre la confiabilidad de los relatos de quienes se encuentran en estados psicóticos, así como las implicaciones legales de los incidentes, particularmente en los casos en que el agresor denunciado es un miembro del personal. La situación se ve agravada por las considerables barreras que enfrentan las pacientes al hacer tales revelaciones. Las relaciones jerárquicas, con profesionales de la salud que ocupan posiciones de poder sobre los pacientes, las culturas de silencio, miedo y disciplina en entornos institucionales, pueden impedir que se tomen medidas, incluso cuando los miembros del personal identifiquen y denuncien las agresiones. Esto puede dar lugar a que los pacientes permanezcan en riesgo ante los perpetradores.

También ocurre que los profesionales de la salud pueden creer las acusaciones, pero minimizan el impacto en los pacientes. Se ha detectado que tal minimización aumenta la probabilidad de reacciones traumáticas (67). Esta situación, pacientes afectadas de trastorno mental grave, mujeres, violadas y no creídas, nos parece un ejemplo claro de revictimización, de reproducción de los ejes de poder a los que son sometidas, de injusticia epistémica (68) que permite no creer su relato.

PROPUESTAS QUE REDUZCAN LA RETRAUMATIZACIÓN

La atención informada sobre el trauma (1) se ha definido como “un marco basado en las fortalezas que se fundamenta en la comprensión y la respuesta al impacto del trauma, que hace hincapié en la seguridad física, psicológica y emocional tanto para los proveedores como para los supervivientes, y que crea oportunidades para que los supervivientes reconstruyan una sensación de control y empoderamiento” (4,36).

La atención consciente del trauma se basa en cuatro premisas fundamentales: (1) el trauma afecta a la salud y a la atención clínica; (2) la detección del trauma debe completarse con la prestación de servicios de atención adecuados; (3) la atención consciente del trauma puede ayudar a los proveedores a responder a la presencia generalizada del trauma; y (4) la retraumatización puede reducirse mediante la adaptación de las prácticas asistenciales/organizativas para reducir el desencadenamiento de recuerdos traumáticos y una mayor traumatización (3).

Para el SAMSHA, la Administración Federal de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental de los Estados Unidos, la atención informada por el trauma también implica la vigilancia para anticipar y evitar los procesos institucionales y las prácticas individuales que pueden volver a traumatizar a las personas que ya tienen historias de trauma, y defiende la importancia de la participación de los usuarios en el desarrollo, la prestación y la evaluación de los servicios (69).

A partir de 1980, Sandra Bloom, Joseph Foderaro y Ruth Ann Ryan trabajaron en entornos hospitalarios y ambulatorios con personas que habían sobrevivido a experiencias vitales abrumadoramente estresantes y a menudo traumáticas. Basándose en el concepto de comunidades terapéuticas en las que el personal y los usuarios participan colectivamente en crear un sistema de curación, y utilizando el trabajo de Silver, que describió el “trauma del santuario” como la expectativa de un entorno acogedor y curativo y, en su lugar, se encuentra más trauma, Bloom y sus colegas crearon The Sanctuary, un programa específico para supervivientes adultos. El Modelo Santuario, una consecuencia de The Sanctuary, es un modelo de cambio clínico y organizativo que promueve la seguridad y la recuperación de la adversidad, la creación activa de una comunidad informada sobre el trauma.

En la actualidad, el Modelo Santuario se ha ampliado para incluir agencias que atienden tanto a adultos como a niños en Estados Unidos y en siete países de todo el mundo (70).

En 2005, el SAMHSA estableció un Centro Nacional de Atención Informada por el Trauma (71). En 2014 se publica el libro blanco de los cuidados conscientes del trauma y los servicios específicos para la atención al trauma (3). En 2016, también en el Reino Unido se presentan las características de los servicios conscientes del trauma (4).

En cuanto a la necesidad de introducir la “lente del trauma” en los servicios de salud mental no específicos, cada vez es mayor el consenso en que, además del tratamiento basado en la evidencia para el TEPT, se necesitan enfoques universales y sistémicos para abordar la magnitud del trauma y la violencia que afecta a niños y adultos en todos los sistemas de servicios, porque (3,72):

- La salud está, al menos en parte, determinada socialmente.
- Para tener éxito y satisfacer las necesidades de los millones de afectados por el estrés traumático, las intervenciones que abordan el estrés traumático deben dirigirse a factores individuales, interpersonales y ambientales.
- Desde una perspectiva ecológica, las organizaciones y los sistemas se consideran objetivos críticos para la intervención en el trauma. Como tal, el enfoque de las intervenciones se expande más allá de la hora de terapia individual hacia el entorno más amplio.
- La atención informada por el trauma puede verse como un “diseño universal” para atender a los supervivientes del trauma, que se proporciona a todos, por todos. Todo el sistema se utiliza como vehículo para la intervención.

Sean unos u otros los modelos que se revisen, comparten principios que se pueden resumir en (73):

1. Comprender las experiencias estructurales e interpersonales de trauma y violencia y sus impactos en la vida y el comportamiento de las personas;
2. Crear espacios emocional, cultural y físicamente seguros para los usuarios y proveedores de servicios;
3. Fomentar oportunidades de elección, colaboración y conexión; y
4. Proporcionar formas basadas en fortalezas y desarrollo de capacidades para apoyar a los usuarios de los servicios.

Tabla 3

Principios de los cuidados conscientes del trauma

principios clave de los enfoques informados por el trauma	
1. Reconocimiento	Reconocer la prevalencia, los signos y los impactos del trauma. Esto se denomina a veces tener una lente de trauma. Esto debería incluir una investigación rutinaria sobre el trauma, preguntada con sensibilidad y en el momento adecuado. Para los supervivientes, el reconocimiento puede generar sentimientos de validación, seguridad y esperanza.
2. Evitar la retraumatización	Comprender que las prácticas operativas, las diferencias de poder entre el personal y los supervivientes, y muchas otras características de la atención psiquiátrica pueden retraumatizar a los supervivientes (y al personal). Tomar medidas para eliminar la retraumatización
3. Contextos culturales, históricos y de género	Reconocer el trauma específico de la comunidad y sus impactos. Garantizar que los servicios sean apropiados desde el punto de vista cultural y de género. Reconocer el impacto de las interseccionalidades y el potencial de curación de las comunidades y relaciones
4. Confiabilidad y transparencia	Los servicios deben garantizar que las decisiones tomadas (organizativas e individuales) sean abiertas y transparentes, con el objetivo de crear confianza. Esto es esencial para establecer relaciones con los supervivientes del trauma que pueden haber experimentado secretismo y traición
5. Colaboración y mutualidad	Comprender el desequilibrio de poder inherente entre el personal y los supervivientes, y garantizar que las relaciones se basen en la reciprocidad, el respeto, la confianza, la conexión y la esperanza. Esto es fundamental porque el abuso de poder suele estar en el centro de las de las experiencias traumáticas, que a menudo conducen a sentimientos de desconexión y desesperanza, y porque es a través de las relaciones como puede producirse la curación
6. Empoderamiento, libertad de elección y control	Adoptar enfoques basados en las fortalezas, apoyando a los supervivientes para que tomen el control de sus vidas y desarrollen la autodefensa es vital, ya que las experiencias traumáticas se caracterizan a menudo por la falta de control, con sentimientos a largo plazo de falta de poder a largo plazo.
7. Seguridad	El trauma engendra sentimientos de peligro. Hay que dar prioridad a que todas las personas de un servicio se sientan y estén emocional y físicamente seguras. Esto incluye los sentimientos de seguridad generados por la elección y el control y la conciencia cultural y de género. Los entornos deben ser física, psicológica, social, moral y culturalmente seguros.
8. Asociaciones de supervivientes	Entender que el apoyo entre pares y la coproducción de servicios son parte integral de las organizaciones informadas por el trauma. Esto se debe a que las relaciones involucradas en el apoyo entre pares y la coproducción se basan en la mutualidad y la colaboración
9. Vías de acceso a la atención específica al trauma	Se debe apoyar a los supervivientes para que accedan a una atención específica para el trauma, cuando así lo deseen. Dichos servicios servicios de salud mental y que cuenten con los recursos necesarios.

Tomado de Sweeney et al (4)

LA EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA RETRAUMATIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Las diversas estrategias propuestas para reducir la retraumatización en los servicios se han acompañado de propuestas de evaluación a veces sumamente complejas. Wathen, Schmitt y MacGregor, en una revisión reciente sobre las medidas de implementación e impacto de servicios conscientes del trauma (73), encuentran que, de los trece instrumentos estudiados, hay una diversidad significativa en los aspectos que se evalúan, más centrados en el “conocimiento” y la “seguridad”, y menos en los conceptos de “colaboración/elección” y “basados en fortalezas”. Pocas medidas examinan factores estructurales como racismo, misoginia, pobreza y otras desigualdades y su impacto en la vida de las personas. Concluyen que las medidas existentes generalmente no cubren todo el rango potencial de servicios conscientes del trauma y que aquellos que busquen tal medida necesitarán adaptar y/o combinar dos o más herramientas existentes (73).

Los instrumentos desarrollados han evaluado:

- Las actitudes de los profesionales hacia los cuidados conscientes del trauma.
- La organización para implementar una cultura de cuidados conscientes del trauma.
- La implantación de servicios conscientes del trauma.
- La percepción de los pacientes.

Wathen *et al* (73) resumen las principales características de estas escalas, ventajas e inconvenientes, entornos en los que se han utilizado y disponibilidad de las mismas (Tabla 4).

EVALUACIÓN DE PLANES DE ESTUDIOS Y ADAPTACIÓN CURRICULAR

La atención informada sobre el trauma es un marco establecido, cada vez más, para los profesionales de la salud, pero las mejores prácticas para la formación siguen sin estar claras. Burns *et al* (74) encuentran que la medicina es la disciplina en la que hay mayor implantación de esta formación, que los objetivos de aprendizaje más frecuentes fueron el cultivo de habilidades para detectar traumas y responder a revelaciones posteriores y comprender el impacto del trauma en la salud. Los autores consideran que los planes de estudios deben recoger aspectos relacionados con la diversidad cultural y la comprensión de los impactos de la marginación y la opresión en las experiencias traumáticas individuales y colectivas. Esta formación, continúan, es necesaria para todos los miembros de los equipos multiprofesionales, en especialidades médicas diversas.

Tabla 4

Ventajas e inconvenientes de las escalas de medida de los Servicios Conscientes del Trauma

Nombre (Autor, Año)	Fortalezas	Debilidades
Escala ARTIC (Baker et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Más validado y utilizado en investigaciones posteriores que otras medidas • Diferentes versiones para uso en sectores de servicios humanos/atención de la salud versus educación • Formato corto disponible 	<ul style="list-style-type: none"> • Compra requerida • Mide principalmente los principios 1 y 2
TICÓMETRO (Bassuk et al., 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos elementos en los cuatro principios (pero no tuvo acceso a todos los elementos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Se requiere permiso del autor • No se ha utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores.
CPC (Clark et al., 2008)	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos elementos en los cuatro principios • Disponible en artículo de revista publicado (puede requerir la compra del artículo) • Utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede no ser útil en otros contextos
Escala TIP (Goodman et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos elementos en los cuatro principios • Versiones en inglés y español • Disponible en artículo de revista publicado (puede requerir la compra del artículo) • Utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede no ser útil en otros contextos

Nombre (Autor, Año)	Fortalezas	Debilidades
VT-ORG (Hallinan et al., 2019)	<ul style="list-style-type: none"> • Cuatro versiones: aplicación de la ley, servicios de bomberos, servicios médicos de emergencia y servicios para víctimas • Todas las versiones disponibles gratuitamente (en dominio público) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mide principalmente los Principios 1 y 2; muchos elementos no corresponden a ningún principio • No se ha utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores.
Conocimientos, actitudes y prácticas de la Encuesta de práctica informada sobre trauma (King et al., 2019)	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos elementos en los cuatro principios • Más de la mitad de los artículos miden Principio 1 • Disponible en artículo de revista publicado (acceso abierto) 	<ul style="list-style-type: none"> • Pocos ítems para los Principios 2–4 • No se ha utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores.
TSRT (Centro Chadwick para Niños y Familias, 2013 ; Lang et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos elementos en los cuatro principios • Utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores. • Versión original disponible gratuitamente en línea de CTISP (ver Recursos clave); versión revisada disponible de Lang et al. (2016) por pedido • Formato corto disponible de Connell et al. (2019) por pedido 	<ul style="list-style-type: none"> • Muchos elementos no corresponden a ningún principio • Puede no ser útil en otros contextos
Herramienta de evaluación basada en el trauma del bienestar infantil (Madden et al., 2017)	<ul style="list-style-type: none"> • Disponible en artículo de revista publicado (puede requerir la compra del artículo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mide principalmente los Principios 1 y 2 • No se ha utilizado para la recopilación de datos en estudios posteriores.
TISCI (2ª ed.) (Richardson et al., 2010 , 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores. • Disponible de los autores a pedido 	<ul style="list-style-type: none"> • Mide principalmente los Principios 1–3

Nombre (Autor, Año)	Fortalezas	Debilidades
TISC-R (Salloum, 2018)	<ul style="list-style-type: none"> • Disponible en artículo de revista publicado (puede requerir la compra del artículo) • Utilizado para la recopilación de datos en un estudio posterior 	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas Principio 1 y 2 únicamente
STSI-OA (Sprang et al., 2016)	<ul style="list-style-type: none"> • Disponible gratuitamente (en dominio público) 	<ul style="list-style-type: none"> • Medidas principalmente Principio 2 • No se ha utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores.
Medida del conocimiento fundamental de las TIC (Sundborg, 2019)	<ul style="list-style-type: none"> • Disponible en artículo de revista publicado (puede requerir la compra del artículo) 	<ul style="list-style-type: none"> • Solo medidas Principio 1 • No se ha utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores.
TIAA (PROSPERAR, 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Tres versiones: agencia, juventud y familia • Algunos artículos para los cuatro principios (pero principalmente 2 y 3; varía según la versión) • Disponible gratuitamente (en dominio público) 	<ul style="list-style-type: none"> • No se ha utilizado para la recopilación de datos en investigaciones posteriores.

Tomado de Wäthen et al (73)

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Sweeney *et al* (4) revisan a fecha de la redacción de su documento los efectos de estas políticas que han podido demostrarse experimentalmente y enumeran:

- la reducción de las contenciones y o aislamiento,
- la reducción de los síntomas de estrés postraumático y de los síntomas generales de salud mental
- el aumento de las habilidades de afrontamiento
- la mejora de la salud física

Los beneficios potenciales de los servicios conscientes del trauma para los sobrevivientes, señalan, son innumerables, incluida la esperanza, el empoderamiento, el apoyo que no vuelve a traumatizar y el acceso a servicios específicos para el trauma. Por otra parte, respecto a los profesionales, la capacitación, la supervisión y el apoyo del personal se consideran esenciales para el modelo y tienen el potencial de paliar o prevenir el desgaste profesional y reducir la rotación de personal.

CONCLUSIONES

Hoy está documentada la presencia de experiencias traumáticas en una gran cantidad de las personas que acuden a los servicios de salud mental y hay numerosos indicios de que tienen una relación causal con los problemas que los servicios de salud mental tratan de atender.

Sabemos que hasta el momento los servicios de salud mental frecuentemente han ignorado este hecho y no han sido capaces de obrar en consecuencia.

Está también ampliamente documentado que, por este mismo motivo, los servicios de salud mental son con frecuencia fuente de traumatización o retraumatización.

Hay numerosos testimonios que nos permiten conocer cuáles son los mecanismos por los que esta traumatización se produce.

Se han propuesto estrategias para construir servicios sensibles al trauma y muchas han sido evaluadas y demostrado empíricamente su eficacia.

El desarrollo de estas estrategias debería ser considerado una exigencia ética ineludible en la medida en la que previenen un daño evitable sobre las personas que atendemos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Petruccelli K, Davis J, Berman T. Adverse childhood experiences and associated health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2019; 1;97.
- 2 Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Longden E, et al. El Marco de Poder, Amenaza y Significado. Hacia la identificación de patrones de sufrimiento emocional, experiencias inusuales y comportamientos problemáticos o perturbadores, como una propuesta alternativa a los diagnósticos psiquiátricos funcionales. Madrid: AEN, 2022. Disponible en: <https://aen.es/wp-content/uploads/2022/01/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-Versi%C3%B3n-extensa-1.pdf>
- 3 DeCandia CJ, Guarino K, Clervil R. Trauma-informed care and trauma-specific services: A comprehensive approach to trauma intervention. American Institutes for Research [Internet]. 2014. Disponible en: <http://www.air.org/resource/trauma-informed-care-and-trauma-specific-services-comprehensive-approach-trauma>
- 4 Sweeney A, Clement S, Filson B, Kennedy A. Trauma-informed mental healthcare in the UK: What is it and how can we further its development? *Ment Health Rev J.* 2016; 21(3): 174–92.
- 5 Bellis MA, Hughes K, Ford K, Ramos Rodríguez G, Sethi D, Passmore J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2019; 4(10): e517–28.
- 6 Sahle BW, Reavley NJ, Li W, Morgan AJ, Yap MBH, Reupert A, et al. The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2022; 31(10): 1489–99.
- 7 Wilkinson R, Marmot M, World Health Organization. Regional Office for Europe. Social determinants of health: the solid facts. 2nd ed. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2003.
- 8 Read J, Hammersley P, Rudegeair T. Why, when and how to ask about childhood abuse. *Adv Psychiatr Treat.* 2007; 13(2): 101–10.
- 9 Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 721–32.
- 10 Boney-McCoy S, Finkelhor D. Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64(6): 1406–16.
- 11 Kendler KS, Bulik CM, Silberg J, Hetttema JM, Myers J, Prescott CA. Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and Cotwin control analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2000; 57: 953–9.
- 12 Lipschitz DS, Kaplan ML, Sorkenn JB, Faedda GL, Chorney P, Asnis GM. Prevalence and characteristics of physical and sexual abuse among psychiatric outpatients. *Psychiatr Serv.* 1996; 47(2): 189–91.
- 13 Fergusson DM, McLeod GFH, Horwood LJ. Childhood sexual abuse and adult developmental outcomes: Findings from a 30-year longitudinal study in New Zealand. *Child Abuse Negl.* 2013; 37(9): 664–74.

- 14 Panagou C, MacBeth A. Deconstructing pathways to resilience: A systematic review of associations between psychosocial mechanisms and transdiagnostic adult mental health outcomes in the context of adverse childhood experiences. *Clin Psychol Psychother.* 2022; 29(5): 1626–54.
- 15 Whiffen VE, Macintosh HB. Mediators of the link between childhood sexual abuse and emotional distress: a critical review. *Trauma Violence Abuse.* 2005; 6(1): 24–39.
- 16 Mitchell D, Grindel CG, Laurenzano C. Sexual abuse assessment on admission by nursing staff in general hospital psychiatric settings. *Psychiatr Serv.* 1996; 47(2): 159–64.
- 17 Bloom S, Farragher B. *Destroying Sanctuary.* Oxford: Oxford University Press, 2010.
- 18 Spandler H. What's happening in mental health services? *Asylum Magazine.* 2022; 29(4).
- 19 Millett K. *Viaje al manicomio.* Barcelona: Seix Barral, 2019.
- 20 Richter D, Whittington R. *Violence in mental health settings: Causes, consequences, management.* New York: Springer Science, 2006.
- 21 García Torrents E. *Violencia en contextos de salud mental: llamada a contribuir - Mad in (S)pain.* 2022. Disponible en: <https://madinspain.org/violencia-en-contextos-de-salud-mental-llamada-a-contribuir/>
- 22 Asociación Española de Neuropsiquiatría, Confederación Salud Mental España, Federación de Asociaciones en Primera Persona, Federación Catalana d'Entitats de Salut Mental en 1a Persona (VEUS). *Manifiesto de Cartagena por unos servicios de salud mental respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción,* 2016. Disponible en: <http://aen.es/wp-content/uploads/2016/06/MANIFIESTO-DE-CARTAGENA-LOGOS-2-1.pdf>
- 23 Herrman H, Allan J, Galderisi S, Javed A, Rodrigues M. Alternatives to coercion in mental health care: WPA position statement and call to action. *World Psychiatry.* 2022; 21(1): 159–60.
- 24 Cusack K, Frueh B, Brady K. Trauma history screening in a community mental health center. *Psychiatr Serv.* 2004; 55(2): 157–62.
- 25 Phipps M, Molloy L, Visentin D. Prevalence of trauma in an Australian inner city mental health service consumer population. *Community Ment Health J.* 2019; 55(3): 487–92.
- 26 Jennings A. On being invisible in the mental health system. *J Ment Health Adm.* 1994; 21(4): 374–87.
- 27 Cusack K, Grubaugh A, Knapp R, Frueh B. Unrecognized trauma and PTSD among public mental health consumers with chronic and severe mental illness. *Community Ment Health J.* 2006; 42(5): 487–500.
- 28 González Cases J. *Violencia en la pareja hacia mujeres con trastorno mental grave.* Tesis Doctoral. Universidad de Alcalá, Departamento de Especialidades Médicas, 2011.
- 29 González Cases J, Polo Usaola C, González Aguado F, López Gironés M, Rullas Trincado M, Fernández Liria A. Prevalence and characteristics of intimate partner violence against women with severe mental illness: a prevalence study in Spain. *Community Ment Health J* 2014; 50(7): 841–7.
- 30 González Aguado F, González Cases J, López Gironés M, Olivares Zarco D, Polo Usaola C, Rullas Trincado M. *Violencia familiar y de pareja hacia las mujeres con trastorno mental grave.* *Norte de Salud Mental.* 2013; 11(45): 23–32.

- 31 Wilson A, Hurley J, Hutchinson M, Lakeman R. “Can mental health nurses working in acute mental health units really be trauma-informed?” An integrative review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2021; 28(5): 900–23.
- 32 Doob D. Female sexual abuse survivors as patients: Avoiding retraumatization. *Arch Psychiatr Nurs.* 1992;6(4):245–51.
- 33 Sweeney A, Filson B, Kennedy A, Collinson L, Gillard S. A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Adv.* 2018;24(5):319–33.
- 34 Nocete Navarro L. La experiencia de los profesionales de salud mental en el uso de sujeciones mecánicas en la Comunidad de Madrid: una investigación cualitativa con personal en formación. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2023.
- 35 Klest B, Tamaian A, Boughner E. A model exploring the relationship between betrayal, trauma and health: The roles of mental health, attachment, trust in healthcare systems, and nonadherence to Treatment. *Psychol Trauma* 2019; 11(6): 656-662.
- 36 Rudolph K. Ethical considerations in trauma-informed care. *Psychiatr Clin North Am.* 2021; 44(4): 521–35.
- 37 Schock K, Rosner R, Wenk-Ansohn M, Knaevelsrud C. Retraumatisierung Annäherung an eine Begriffsbestimmung. *PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie.* 2010; 60(7): 243–9.
- 38 Madariaga C. Retraumatización: hacia una conceptualización necesaria. *Reflexión.* 2006; 32.
- 39 Silver S. An inpatient program for post-traumatic stress disorder: Context as treatment. En: Figley C (ed.) *Trauma and its wake, Volume II: Post-traumatic stress disorder: Theory, research and treatment.* New York: Brunner/Mazel, 1986; pp. 213–231.
- 40 Barbui C, Saraceno B. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins? *Br J Psychiatry.* 2015; 206(6): 445–6.
- 41 Fuller Torrey E, Lamb R. More mentally ill persons are in jails and prisons than hospitals: A Survey of the States. 2010. Disponible en: https://www.treatmentadvocacy-center.org/storage/documents/final_jails_v_hospitals_study.pdf
- 42 Sashidharan SP, Saraceno B. Is psychiatry becoming more coercive? *BMJ* 2017; 357:2–3.
- 43 Moreno Pérez A, Ibáñez Rojo V, Gómez Beneyto M. Abolviendo la coerción en los servicios de salud mental. En: Bebiá Ferrer B, Bono del Trigo Á (eds.). *Coerción y salud mental: Revisando las prácticas de coerción en la atención a las personas que utilizan los servicios de salud mental.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2017.
- 44 Hunter N. Finding help. En: Hunter N. *Trauma and madness in mental health services.* Londres: Palgrave Macmillan, 2018; pp. 153–82.
- 45 Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints: A review of literature. *Psychiatr Q.* 2013; 84: 499–512.
- 46 Wilson C, Rouse L, Rae S, Kar Ray M. Mental health inpatients’ and staff members’ suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2018; 25(3): 188–200.
- 47 Chambers M, Gallagher A, Borschmann R, Gillard S, Turner K, Kantaris X. The experiences of detained mental health service users: Issues of dignity in care. *BMC Med Ethics.* 2014;15(1): 1–8.

- 48 Rosen A, Cahill JM, Dugdale LS. Moral injury in health care: Identification and repair in the COVID-19 era. *J Gen Intern Med* 2022; 37(14): 3739.
- 49 Stanton AH, Schwartz MS. *The mental hospital*. New York: Basic Books, 1954.
- 50 Stanton AH, Schwartz MS. The management of a type of institutional participation in mental illness. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*. 1949;12:13–26.
- 51 Kaës R. Realidad psíquica y sufrimiento en las instituciones. En: Kaës R, Bleger J, Enríquez E, Fornari F, Fustier P, Roussillon R, et al. (eds.). *La institución y las instituciones*. Estudios psicoanalíticos. Buenos Aires: Paidós, 1989; pp. 15–67.
- 52 Bleger J. EL grupo como institución y el grupo en las instituciones. En: Kaës R, Bleger J, Enríquez E, Fornari F, Fustier P, Roussillon R, et al. (eds.). *La institución y las instituciones* Estudios psicoanalíticos. Buenos Aires: Paidós, 1989; pp. 68–83.
- 53 Herman J. *Trauma y recuperación*. Barcelona: Espasa Calpe, 1998.
- 54 Puras D. Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental A/HRC/35/21 [Internet]. New York: Consejo de Derechos Humanos, Naciones Unidas, 2017. Disponible en: <http://undocs.org/es/A/HRC/35/21>
- 55 Puras D, Gooding P. Salud mental y derechos humanos en el siglo XXI. *World Psychiatry* (edición en español). 2019; 17: 42–3.
- 56 Desviat M. *Cohabitar la diferencia: de la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Madrid: Grupo 5, 2016.
- 57 Fernández Liria A. *Locura de la osiquiatría: apuntes para una crítica de la psiquiatría y la “salud mental.”* Bilbao: Dessclée de Brouwer, 2018.
- 58 Bracken P, Thomas P, Timimi S, Asen E, Behr G, Beuster C, et al. Psychiatry beyond the current paradigm. *Br J Psychiatry*. 2012; 201: 430–4.
- 59 Moncrieff J. Un enfoque alternativo del tratamiento farmacológico en psiquiatría. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2018; 38(133): 181–93.
- 60 Moncrieff J, Middleton H. Schizophrenia: a critical psychiatry perspective. *Curr Opin Psychiatr*. 2015; 28: 1–5.
- 61 Miriam. El trauma del cuidado en salud mental, con Miriam - Mad in (S)pain [Internet]. 2022. Disponible en: <https://madinspain.org/el-trauma-del-cuidado-en-salud-mental-con-miriam/>
- 62 Johnstone L, Boyle M, Cromby J, Dillon J, Harper D, Longden E, et al. *El Marco de Poder, Amenaza y Significado: publicación abreviada*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2019 [Internet]. Disponible en: <http://aen.es/wp-content/uploads/2018/08/El-Marco-de-Poder-Amenaza-y-Significado-1.pdf>
- 63 Johnstone L, Boyle M. The Power Threat Meaning Framework: An alternative non-diagnostic conceptual system. *J Humanist Psychol*. 2018; 1–18.
- 64 Johnstone L, Boyle M. El Marco de Poder, Amenaza y Significado: un sistema conceptual no diagnóstico alternativo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2019; 39(136): 155–73.
- 65 Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: A systematic review. *Front Psychiatry*. 2019; 10: 491.
- 66 Jennings A, Ralph R. *In their own words. Trauma survivors and professionals they trust what hurts, what helps and what is needed for trauma services*. Maine: Maine Trauma Advisory Groups Report, 1997.

- 67 Ashmore T, Spangaro J, Mcnamara L. 'I was raped by Santa Claus': Responding to disclosures of sexual assault in mental health inpatient facilities. *Int J Ment Health Nurs*. 2015; 24(2): 139–48.
- 68 Fricker M. *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. New York: Oxford University Press, 2007.
- 69 Hopper EK, Bassuk EL, Olivet J. Shelter from the storm: Trauma-informed care in homelessness services settings. *Open Health Serv Policy J*. 2010; 3(2): 80–100.
- 70 Esaki N, Benamati J, Yanosy S, Middleton JS, Hopson LM, Hummer VL, et al. The Sanctuary Model: Theoretical framework. *Families in Society*. 2013; 94(2): 87–95.
- 71 Substance Abuse and Mental Health Services Administrations. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014.
- 72 DeCandia C, Guarino K. Trauma-informed care: An ecological response. *Journal of Child and Youth Care Work*. 2020; 25: 7–32.
- 73 Wathen CN, Schmitt B, MacGregor JCD. Measuring trauma- (and violence-) informed care: A scoping review. *Trauma Violence Abuse* 2021; 24(1): 261–77.
- 74 Burns C, Borah L, Terrell S, James L, Erkkinen E, Owens L. Trauma-informed care curricula for the health professions: A scoping review of best practices for design, implementation, and evaluation. *Acad Med*. 2023; 98(3): 401-409.