



RESUMEN DE REVISIÓN COCHRANE

Intervenciones psicológicas tempranas con sesiones múltiples para la prevención del trastorno por estrés postraumático[☆]

Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder

S. Alonso-Fernández (PhD, MSN, RN)^{a,b,*} y M. Vázquez-Calatayud (PhD, MSc, RN)^{c,d,e}

^a Departamento de Enfermería Fundamental y Médico-Quirúrgica. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Escuela de Enfermería. Universitat de Barcelona (UB), L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^b Grupo de Investigación Enfermera (GRIN). Instituto de Investigación Biomédica de Bellvitge (IDIBELL). L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

^c Área de Desarrollo Profesional de Enfermería, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^d Universidad de Navarra, ICCP-UNAV, Innovación para un Cuidado Centrado en la Persona-Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España

^e IdisNA, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra, Pamplona, Navarra, España

Los estudios demuestran que las personas que experimentan eventos traumáticos pueden sufrir una serie de dificultades psicológicas, incluyendo el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático (TEPT). Según la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DEM-5), hay 4 grupos de síntomas asociados al TEPT: reexperimentación repetida del trauma, evitación de los recuerdos relacionados con el trauma, alteraciones en la

cognición y el estado de ánimo, y modificaciones en la alerta y la reactividad¹. El riesgo de desarrollar un TEPT es mayor si el acontecimiento traumático ha sido provocado deliberadamente. Las víctimas de sucesos traumáticos fortuitos, como los accidentes y las catástrofes naturales, tienden a tener tasas más bajas de TEPT; sin embargo, siguen siendo vulnerables a desarrollarlo². Existen una serie de cargas considerables relacionadas con el TEPT como el sufrimiento individual, el aumento de los costes de la atención sanitaria y social. A pesar de que en los últimos años hay una mayor concienciación sobre el TEPT, la evidencia relacionada con las mejores prácticas para tratar a los individuos expuestos a eventos traumáticos es bastante limitada³.

Los factores de riesgo específicos y los procesos patológicos que conducen al TEPT se han descrito en modelos teóricos y hallazgos empíricos. Hasta la fecha, la mayoría de los estudios preventivos se fundamentan en la teoría⁴. Los métodos de cribado, diagnóstico y tratamiento basados en la evidencia son esenciales para garantizar que las personas en riesgo o que sufren de TEPT sean identificadas y se les ofrezca un tratamiento adecuado. Aunque existen varias

[☆] Este artículo es la traducción del resumen realizado por Adrienne S. Murray, PhD, MBA, RN, a la revisión Cochrane: Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Robertson L, Lewis C, Bisson JI. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;8(8):CD006869. doi: 10.1002/14651858.CD006869.pub3 [Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006869.pub3/epdf/full>].

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sergioalonsodue@gmail.com
(S. Alonso-Fernández).

<https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.09.001>

1130-2399/© 2021 Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: S. Alonso-Fernández and M. Vázquez-Calatayud, Intervenciones psicológicas tempranas con sesiones múltiples para la prevención del trastorno por estrés postraumático, *Enfermería Intensiva*, <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.09.001>

Tabla 1 Resultados de la intervención psicológica precoz con sesiones múltiples (IPTSM)

Resultado	Grado	Hallazgo
Reducir el número de diagnósticos de TEPT	1. Baja certeza 2. Muy baja certeza	1. IPTSM puede ser más eficaz que el tratamiento habitual 2. IPTSM no es ni más ni menos eficaz que el tratamiento habitual
Tasas de abandono	Baja certeza	IPTSM puede asociarse con tasas de abandono más elevadas que el tratamiento habitual
Reducir la gravedad de los síntomas de TEPT	1. Baja certeza 2. Muy baja certeza	1. IPTSM no es ni más ni menos eficaz que el tratamiento habitual 2. IPTSM no es ni más ni menos eficaz que el tratamiento habitual
Reducir la gravedad de los síntomas depresivos	Baja certeza	IPTSM no es ni más ni menos eficaz que el tratamiento habitual
Reducir la gravedad de los síntomas de ansiedad	Baja certeza	IPTSM no es ni más ni menos eficaz que el tratamiento habitual
Calidad de vida general	Baja certeza	
Efectos adversos	No se encontraron estudios	-
Utilización de recursos sanitarios	No se encontraron estudios	-

opciones de tratamiento psicológico y farmacológico efectivas, no todos los tratamientos tienen una base de evidencia sólida aplicable a las distintas poblaciones de pacientes⁵. La industria sanitaria, el público y los políticos han defendido con fuerza que se ofrezcan intervenciones psicológicas a todas las personas que han estado expuestas a un episodio traumático, incluso si son asintomáticas, en el período inmediatamente posterior, a medida que aumenta el número de personas que experimentan traumas que buscan ayuda^{1,2}.

Objetivo

Al aportar una revisión actualizada de las intervenciones tempranas con sesiones múltiples para la prevención del TEPT en víctimas expuestas a un evento traumático, esta revisión pretende esclarecer los estudios actuales basados en la evidencia. El objetivo de esta revisión es observar la eficacia de las intervenciones psicológicas en la prevención del TEPT en individuos expuestos a un evento traumático en comparación con las condiciones de control.

Intervención/métodos

Se llevaron a cabo 4 búsquedas, utilizando un registro especializado de ensayos clínicos de Trastornos Mentales Comunes, Cochrane, Medline, Embase, PsycINFO y el Registro Central Cochrane de Ensayos Controlados, en agosto del 2008, mayo del 2016, marzo del 2018 y marzo del 2019. Se incluyeron los estudios de adultos (> 18 años) que experimentaron un trauma. Se excluyeron los estudios que utilizaron una medida de cribado basada en respuestas que cumplían con un perfil de síntomas determinado para el reclutamiento. Se revisó un total de 27 estudios con 3.963 participantes. Los resultados de las revisiones se evaluaron mediante los niveles de evidencia del Grupo de Trabajo GRADE, que establece si el nivel de confianza del efecto verdadero y el efecto estimado son similares.

Esta revisión excluyó los estudios que adoptaron un enfoque alternativo a la intervención precoz de proporcionar intervenciones dirigidas a los individuos que tuvieron un resultado positivo o que cumplieron con un umbral de diagnóstico. Se consideraron para esta revisión todas las intervenciones psicológicas tempranas de sesiones múltiples (IPTSM) destinadas a prevenir los síntomas de estrés traumático y que se implementaron durante los 3 meses posteriores a una experiencia traumática. Se consideró una intervención psicológica cualquier terapia no farmacológica diseñada para prevenir la aparición del TEPT y utilizada en al menos 2 ocasiones. Estas intervenciones incluyen: terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma, gestión del estrés/relajación, terapia cognitivo-conductual grupal centrada en el trauma (incluida la terapia de exposición), terapia cognitivo-conductual, desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares, terapia cognitivo-conductual grupal no centrada en el trauma y otras intervenciones psicológicas. Esta última categoría comprendía el asesoramiento no directivo, la terapia psicodinámica y la hipnoterapia.

Mediante el uso de una herramienta de evaluación estandarizada, se incluyeron las tasas de TEPT entre los individuos expuestos al trauma y los que abandonaron del tratamiento como medidas de resultado primarias. Las medidas de resultado secundarias incluidas son las siguientes: gravedad de los síntomas de estrés traumático, gravedad de los síntomas depresivos y de ansiedad autoinformados, efectos adversos, calidad de vida general y utilización de recursos sanitarios.

Resultados

La calidad de las evidencias encontradas en esta revisión fue baja o muy baja. Las evidencias de baja calidad demostraron que las IPTSM pueden ser más efectivas que los tratamientos habituales para reducir el número de diagnósticos de TEPT y que tasas de abandono más

altas se asociaron con las IPTSM en comparación con los tratamientos habituales. Es importante destacar que esta revisión examinó la evidencia en un rango muy variado de población de pacientes y de tipos de intervenciones. No se encontraron estudios que midieran los efectos adversos o la utilización de recursos sanitarios. En todos los demás resultados se encontró que la IPTSM no era ni más ni menos efectiva que el tratamiento habitual (véase la [tabla 1](#)).

Conclusiones

La base de la evidencia actual es limitada, pero hay algunas evidencias que sugieren que las IPTSM pueden ser beneficiosas en la prevención del TEPT en comparación con las terapias habituales. Sin embargo, dicho cuerpo de evidencia contenía un alto riesgo de sesgo, por lo tanto, se generaron datos de baja certeza. La evidencia actual disponible no es lo suficientemente fuerte como para apoyar las IPTSM como estándar de cuidados sin más investigaciones. En este momento, no se puede recomendar que todas las personas que experimentan un evento traumático reciban IPTSM. Este campo de investigación está evolucionando rápidamente y se están realizando nuevos estudios.

Implicaciones para la práctica

Debido a la escasa investigación y confianza en los datos disponibles, no se recomienda utilizar las IPTSM para prevenir el TEPT. Los estudios actuales promueven los enfoques que centran la intervención en individuos ya diagnosticados o sintomáticos. Para futuros estudios se debe considerar el

momento óptimo para intervenir, los eventos adversos y la tolerancia al tratamiento mientras se controla la intervención adicional

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.enfi.2021.09.001](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.09.001).

Bibliografía

1. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Robertson L, Lewis C, Bisson JI. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;8:CD006869, [http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006869.pub3](https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD006869.pub3).
2. Frommberger U, Angenendt J, Berger M. Post-traumatic stress disorder –diagnostic and therapeutic challenge. *Dtsch Arztebl Int.* 2014;111:59–65, [http://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2014.0059](https://dx.doi.org/10.3238/arztebl.2014.0059).
3. Forneris CA, Gartlehner G, Brownley KA, Gaynes BN, Sonis J, Coker-Schwimmer E, et al. Interventions to prevent post-traumatic stress disorder: A systematic review. *Am J Prev Med.* 2013;44:635–50, [http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2013.02.013](https://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2013.02.013).
4. Qi W, Gevonden M, Shalev A. Prevention of post-traumatic stress disorder after trauma: Current evidence and future directions. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18:20, [http://dx.doi.org/10.1007/s11920-015-0655-0](https://dx.doi.org/10.1007/s11920-015-0655-0).
5. Wisco BE, Marx BP, Keane TM. Screening, diagnosis, and treatment of post-traumatic stress disorder. *Mil Med.* 2012;177 8 Suppl:7–13, [http://dx.doi.org/10.7205/milmed-d-12-00111](https://dx.doi.org/10.7205/milmed-d-12-00111).



La misión de Cochrane Nursing (CN) es apoyar el trabajo de Cochrane, incrementando el uso de su biblioteca, y proporcionar una base de evidencia internacional para las enfermeras y los profesionales de la salud involucrados en la atención, dirección o investigación de los cuidados enfermeros. La CN produce columnas 'Cochrane Corner' (resúmenes de revisiones Cochrane recientes y relevantes para la atención enfermera) que se publican regularmente en las revistas colaboradoras del grupo relacionadas con la atención enfermera. Los autores originales y las citas completas de las revisiones Cochrane se especifican en cada columna. Estos resúmenes publicados llegan a un grupo mucho más amplio de enfermeras y agencias de salud relacionadas internacionalmente y permiten el acceso directo a resultados de evidencia altamente relevantes al que los trabajadores de salud a pie de cama tienen difícil acceso. La información sobre los procesos desarrollados por este grupo puede consultarse en: <http://cnf.cochrane.org/evidence-transfer-program-review-summaries>