

Curso online

Psiquiatría perinatal

Aplicaciones para la atención psiquiátrica en la gestación, parto y puerperio

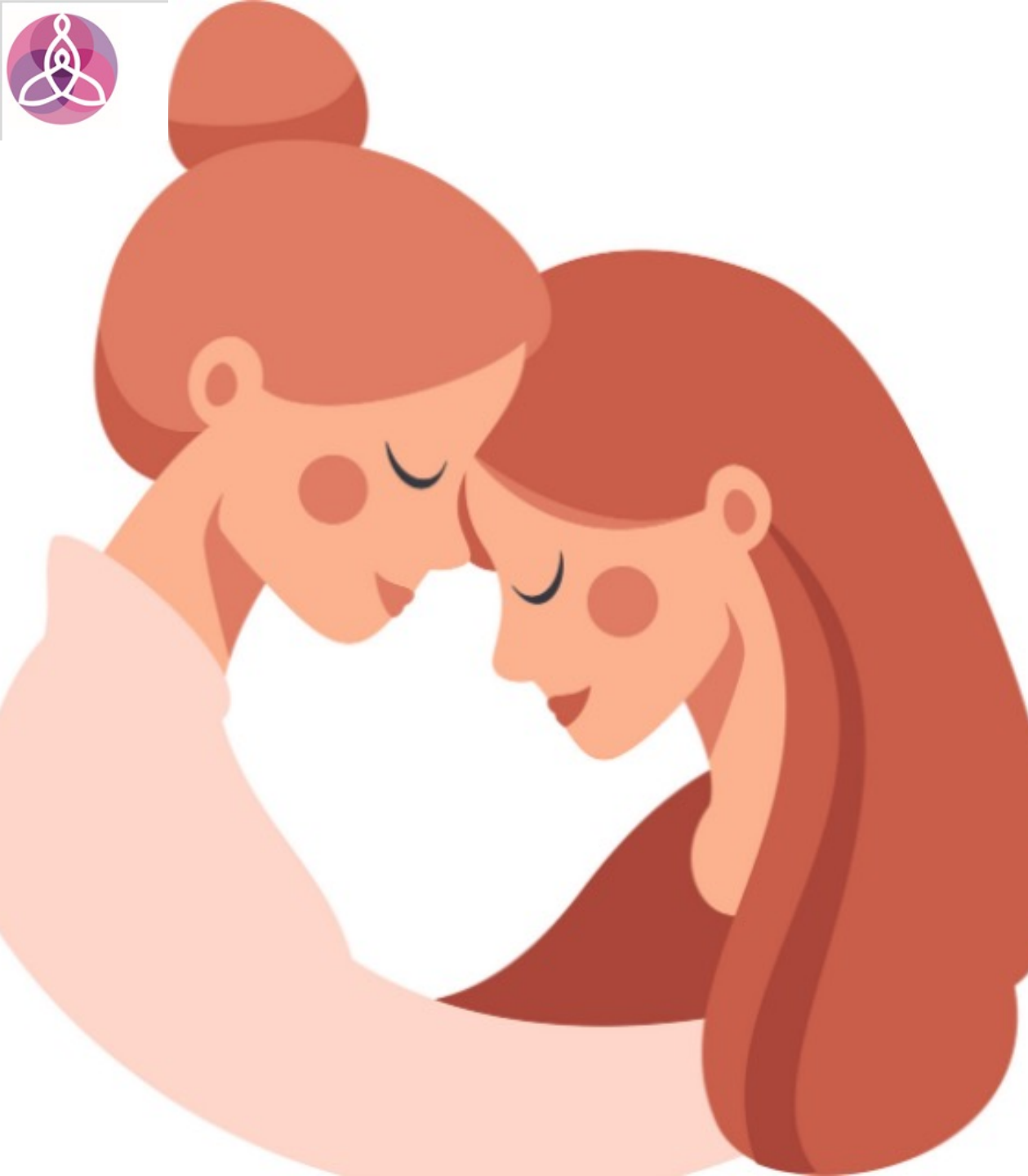


**Dirigido por
Ibone Olza**

inscripciones abiertas
saludmentalperinatal.es



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal



Psicoterapias Centradas en Trauma para Trauma Perinatal

Dr. Nicolás Rodríguez Del Real

Unidad de Trauma y Disociación

Departamento Psiquiatría – Red Salud
UC-Christus



Introducción

- El periodo perinatal puede ser un momento de potenciales experiencias traumáticas físicas, emocionales y relacionales para las mujeres.
- El propio proceso del parto es un desencadenante inicial común del trastorno de estrés postraumático (TEPT) en las mujeres.
 - Alrededor del 50% de las mujeres afirman que su parto fue traumático.
 - Por lo general, un pequeño porcentaje desarrollará un TEPT perinatal (TEPT-P)
 - A las 6 semanas postparto, la prevalencia es de 2,8% al 5,6% en la población general.
 - La incidencia aumenta hasta el 15,7% en las poblaciones perinatales de riesgo.

TEPT Perinatal

Criterio A) Experiencia de un trauma relacionado con la amenaza de muerte o lesión para ella o su bebé

Criterio B) Síntomas de reexperimentación del trauma (p. ej., imágenes intrusivas de haber sido llevada de urgencia a la sala de operaciones para una cesárea o una grave pérdida de sangre)

Criterio C) Evitación de los estímulos relacionados con el trauma (p. ej., no acudir a las citas en el hospital donde tuvo lugar el parto, evitar a su bebé)

Criterio D) Cambios negativos en el estado de ánimo y la cognición (p. ej., autoculpabilización por un resultado perinatal)

Criterio E) Hiperactivación y reactividad (p. ej., sobresalto fácil cuando el bebé llora, insomnio).





*“Me angustia no haber dicho quiero ir a la clínica (...) tenía mucho dolor **(Criterio D)** (...) es terrible lo que estábamos viviendo (...) recuerdo cuando me despedí de mi bebé **(Criterio A)** (Ahora) tengo imágenes horribles de ese momento, el dolor emocional es mayor al que sentí en el cuerpo **(Criterio B)** (...) quisiera olvidar, no volver a pensar en toda esa horrosidad **(Criterio C)** (...) quisiera poder volver a dormir, descansar **(Criterio E)**”*

(Relato de madre con parto prematuro y sufrimiento fetal agudo)

TEPT Perinatal

- Los embarazos posteriores pueden verse afectados negativamente por el TEPT-P, incluyendo un mayor riesgo de crecimiento fetal anormal, contracciones o partos prematuros e hiperémesis.
- Algunas mujeres pueden incluso decidir no volver a concebir.
- El TEPT-P también puede describir a las mujeres cuyos síntomas de TEPT se han producido por un acontecimiento anterior. Por lo tanto, sus síntomas de TEPT continúan durante el embarazo hasta el período de posparto o se han resuelto, pero han reaparecido en el período de posparto. (Transparencia Psíquica)





¿Qué es Trauma Perinatal?

Acontecimiento o acontecimientos traumatizantes ocurridos en torno a los esfuerzos por concebir, durante el embarazo, el parto o el posparto



Complicaciones al quedarse embarazada

Ser Padre
Biológico

Surrogancia

Infertilidad
Secundaria

Adopción
después de
infertilidad

Infertilidad

Uso de
Donantes



Complicaciones durante el embarazo

Pre-clampsia/Sd
HELLP

Embarazo Molar

Placenta
Previa/Accreta

Trabajo de Parto
Pretérmino

Rotura
prematura de
membrana

Embarazo
Ectópico

Desprendimiento
de Placenta

Sd Transfusión
Feto Fetal



Complicaciones durante el parto

Parto Prematuro

Complicaciones
Médicas de la
Madre

Parto Traumático/
Trauma
Obstétrico

Separación del
Bebé

Cesárea de
Urgencia

Aspiración de
Meconio

RCP del recién
nacido

Histerectomía
Obstétrica



Complicaciones después del nacimiento y primer año de vida

Complicaciones
de
prematuridad

Diagnóstico de
Síndrome
Genético

Depresión PP

Cesárea de
Urgencia

Diagnóstico y
tratamiento
Malf Congénita

Distrés
Respiratorio

UCIN



Muerte del Bebé

Óbito Fetal

Aborto

Muerte
Neonatal
(UCIN)

Tratamiento
Compasivo
(Hospicio)

Interrupción
del Embarazo



Aún no siendo traumático...

- Tal vez no haya ningún otro acontecimiento en la vida de una mujer que implique las experiencias simultáneas de alegría, satisfacción, emoción y también dolor, estrés, sentimientos de vulnerabilidad, peligro, miedo a morir y/o causar la muerte del niño, y un cambio permanente en su papel social.
- Aunque el parto es un acontecimiento natural según Kendall-Tackett (2007), en la maternidad, el parto se caracteriza por tres rasgos comunes que pertenecen a los acontecimientos vitales traumáticos





Factores de Riesgos

Obstétricos

Psiquiátricos

Sociales

Distrés subjetivo durante el parto



Factores de Riesgos

Obstétricos

- Morbilidad Materna Grave (Preclamsia, Hemorragia durante el parto, complicaciones, uso de forcep)

Psiquiátricos

Sociales

Distrés subjetivo durante el parto



Factores de Riesgos

Obstétricos

Psiquiátricos

- Antecedentes Psiquiátricos antes y durante el embarazo,
- Traumas previos
- Tocofofia

Sociales

Distrés subjetivo durante el parto



Factores de Riesgos

Obstétricos

Psiquiátricos

Sociales

- Poco soporte social pre y durante embarazo y durante el parto

Distrés subjetivo durante el parto



Factores de Riesgos

Obstétricos

Psiquiátricos

Sociales

Distrés subjetivo durante el parto

- Emociones o vivencias negativas durante el parto
- Pérdida de control
- Disociación perinatal
- Dolor en el parto
- Temor excesivo a complicaciones de parto/RN
- Falta de apoyo percibida por personal sanitario
- Falta de información



Diagnóstico de TEPT-P

- Alta comorbilidad con Depresión perinatal
- Uso de escalas específicas
 - PCL-5 (Post Traumatic Checklist para DSM-5)
 - PPSDQ (Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire)



PCL-5

<i>En el mes pasado, cuanto le ha molestado tener:</i>	<i>No del todo</i>	<i>Un Poco</i>	<i>Moderado</i>	<i>Mucho</i>	<i>Extremadamente</i>
1. ¿Recuerdos repetitivos, inquietantes o no deseados de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. ¿Sueños repetitivos e inquietantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. ¿Repentinamente sintiéndose o actuando como si la experiencia estresante está pasando en realidad? (Como si estuviera en realidad reviviendo la experiencia)	0	1	2	3	4
4. ¿Sintiendo enojo cuando algo le recuerda esa experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. ¿Tiene fuertes reacciones físicas cuando algo le recuerda esa experiencia estresante? (Por ejemplo, fuertes latidos del corazón, problemas para respirar, sudor)	0	1	2	3	4
6. ¿El evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. ¿Evitar cosas externas que le recuerden experiencia estresante? (Por ejemplo personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos u otras situaciones)	0	1	2	3	4
8. ¿Problemas recordando hechos importantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
9. ¿Tener fuertes convicciones negativas de usted mismo, otras personas, o el mundo (por ejemplo si tiene pensamientos como: Soy malo, hay algo seriamente malo conmigo, no puedo confiar en nadie, nuestro mundo es sumamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. ¿Culpa a sí mismo o a alguien por la experiencia estresante o lo que ocurrió después de eso?	0	1	2	3	4
11. ¿Tener fuertes sentimientos negativos como temor, horror, enojo, culpabilidad o vergüenza	0	1	2	3	4
12. ¿Pérdida de interés en actividades que usted disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. ¿Al sentirse distante o separado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. ¿Dificultad para experimentar sentimientos positivos (por ejemplo, al ser incapaz de sentirse feliz o tener sentimientos de amor para las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. ¿Comportamiento irritable, arranques de enojo comportamiento agresivo?	0	1	2	3	4
16. ¿Tomar muchos riesgos o hacer cosas que puedan causar daño?	0	1	2	3	4
17. ¿Estar en "sobre alerta" o vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
18. ¿Sentir nerviosismo o fácilmente asustado?	0	1	2	3	4
19. ¿Al tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. ¿Dificultad para dormir o quedarse dormido?	0	1	2	3	4

PCL-5



PCL-5

<i>En el mes pasado, cuanto le ha molestado tener:</i>	<i>No del todo</i>	<i>Un Poco</i>	<i>Moderado</i>	<i>Mucho</i>	<i>Extremadamente</i>
1. ¿Recuerdos repetitivos, inquietantes o no deseados de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
2. ¿Sueños repetitivos e inquietantes de la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
3. ¿Repentinamente sintiéndose o actuando como si la experiencia estresante está pasando en realidad? (Como si estuviera en realidad reviviendo la experiencia)	0	1	2	3	4
4. ¿Sintiendo enojo cuando algo le recuerda esa experiencia estresante?	0	1	2	3	4
5. ¿Tiene fuertes reacciones físicas cuando algo le recuerda esa experiencia estresante? (Por ejemplo, fuertes latidos del corazón, problemas para respirar, sudor)	0	1	2	3	4
6. ¿El evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con la experiencia estresante?	0	1	2	3	4
7. ¿Evitar cosas externas que le recuerden experiencia estresante? (Por ejemplo personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, etc.)	0	1	2	3	4

33 puntos –punto de corte

mismo, otras personas, o el mundo (por ejemplo si tiene pensamientos como: Soy malo, hay algo seriamente malo conmigo, no puedo confiar en nadie, nuestro mundo es sumamente peligroso)?	0	1	2	3	4
10. ¿Culpa a sí mismo o a alguien por la experiencia estresante o lo que ocurrió después de eso?	0	1	2	3	4
11. ¿Tener fuertes sentimientos negativos como temor, horror, enojo, culpabilidad o vergüenza	0	1	2	3	4
12. ¿Pérdida de interés en actividades que usted disfrutaba?	0	1	2	3	4
13. ¿Al sentirse distante o separado de otras personas?	0	1	2	3	4
14. ¿Dificultad para experimentar sentimientos positivos (por ejemplo, al ser incapaz de sentirse feliz o tener sentimientos de amor para las personas cercanas a usted)?	0	1	2	3	4
15. ¿Comportamiento irritable, arranques de enojo comportamiento agresivo?	0	1	2	3	4
16. ¿Tomar muchos riesgos o hacer cosas que puedan causar daño?	0	1	2	3	4
17. ¿Estar en "sobre alerta" o vigilante o en guardia?	0	1	2	3	4
18. ¿Sentir nerviosismo o fácilmente asustado?	0	1	2	3	4
19. ¿Al tener dificultad para concentrarse?	0	1	2	3	4
20. ¿Dificultad para dormir o quedarse dormido?	0	1	2	3	4



Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire

	Nada	1 o 2 veces	A menudo, pero menos de un mes	A menudo, más de un mes
¿He tenido sueños o pesadillas relacionados con el nacimiento de mi bebé?	0	1	2	3
¿Me trae malos recuerdos pensar en mi parto o en la estancia de mi bebé en el hospital?	0	1	2	3
¿He tenido la sensación repentina de que mi parto volvía a ocurrir (flashback)?	0	1	2	3
¿Intento o he intentado evitar pensar en lo relacionado con el nacimiento de mi hijo/a?	0	1	2	3
¿Evito hacer cosas que me recuerden el parto o la estancia en el hospital?	0	1	2	3
¿Tengo lagunas o me cuesta recordar momentos de mi estancia hospitalaria?	0	1	2	3
¿Noto menos interés en cosas con las que antes sí disfrutaba?	0	1	2	3
¿Me siento sola o distanciada de los demás?	0	1	2	3
¿Me ha resultado difícil sentir cariño o amor por los que me rodean?	0	1	2	3
¿Estoy teniendo dificultades para dormir?	0	1	2	3
¿Me he sentido más enfadada con los demás que anteriormente?	0	1	2	3
¿Tengo dificultades para concentrarme a raíz del parto?	0	1	2	3
¿Me noto más irritable? (Como si por ejemplo el ruido me molestara más de lo habitual).	0	1	2	3
¿Me siento más culpable respecto a las circunstancias que rodearon el nacimiento de mi hijo de lo que me parecería normal?	0	1	2	3



Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder Questionnaire

	Nada	1 o 2 veces	A menudo, pero menos de un mes	A menudo, más de un mes
¿He tenido sueños o pesadillas relacionados con el nacimiento de mi bebé?	0	1	2	3
¿Me trae malos recuerdos pensar en mi parto o en la estancia de mi bebé en el hospital?	0	1	2	3
¿He tenido la sensación repentina de que mi parto volvía a ocurrir (flashback)?	0	1	2	3
¿Intento o he intentado evitar pensar en lo relacionado con el nacimiento de mi hijo/a?	0	1	2	3
¿Evito hacer cosas que me recuerden el parto o la estancia en el hospital?	0	1	2	3
¿Tengo lagunas o me cuesta recordar momentos de mi estancia hospitalaria?	0	1	2	3
¿Noto menos interés en cosas con las que antes sí disfrutaba?	0	1	2	3
¿Me siento sola o distanciada de los demás?	0	1	2	3
¿Me siento más preocupada por el futuro de mi hijo/a?	0	1	2	3
¿Estoy preocupada por el futuro de mi hijo/a?	0	1	2	3
19 puntos - punto de corte				
¿Me he sentido más enfadada con los demás que anteriormente?	0	1	2	3
¿Tengo dificultades para concentrarme a raíz del parto?	0	1	2	3
¿Me noto más irritable? (Como si por ejemplo el ruido me molestara más de lo habitual).	0	1	2	3
¿Me siento más culpable respecto a las circunstancias que rodearon el nacimiento de mi hijo de lo que me parecería normal?	0	1	2	3



OPEN


Validation of perinatal post-traumatic stress disorder questionnaire for Spanish women during the postpartum period

Antonio Hernández-Martínez¹, Sergio Martínez-Vázquez², Julian Rodríguez-Almagro^{1✉}, Khalid Saeed Khan³, Miguel Delgado-Rodríguez^{4,5} & Juan Miguel Martínez-Galiano^{2,5}

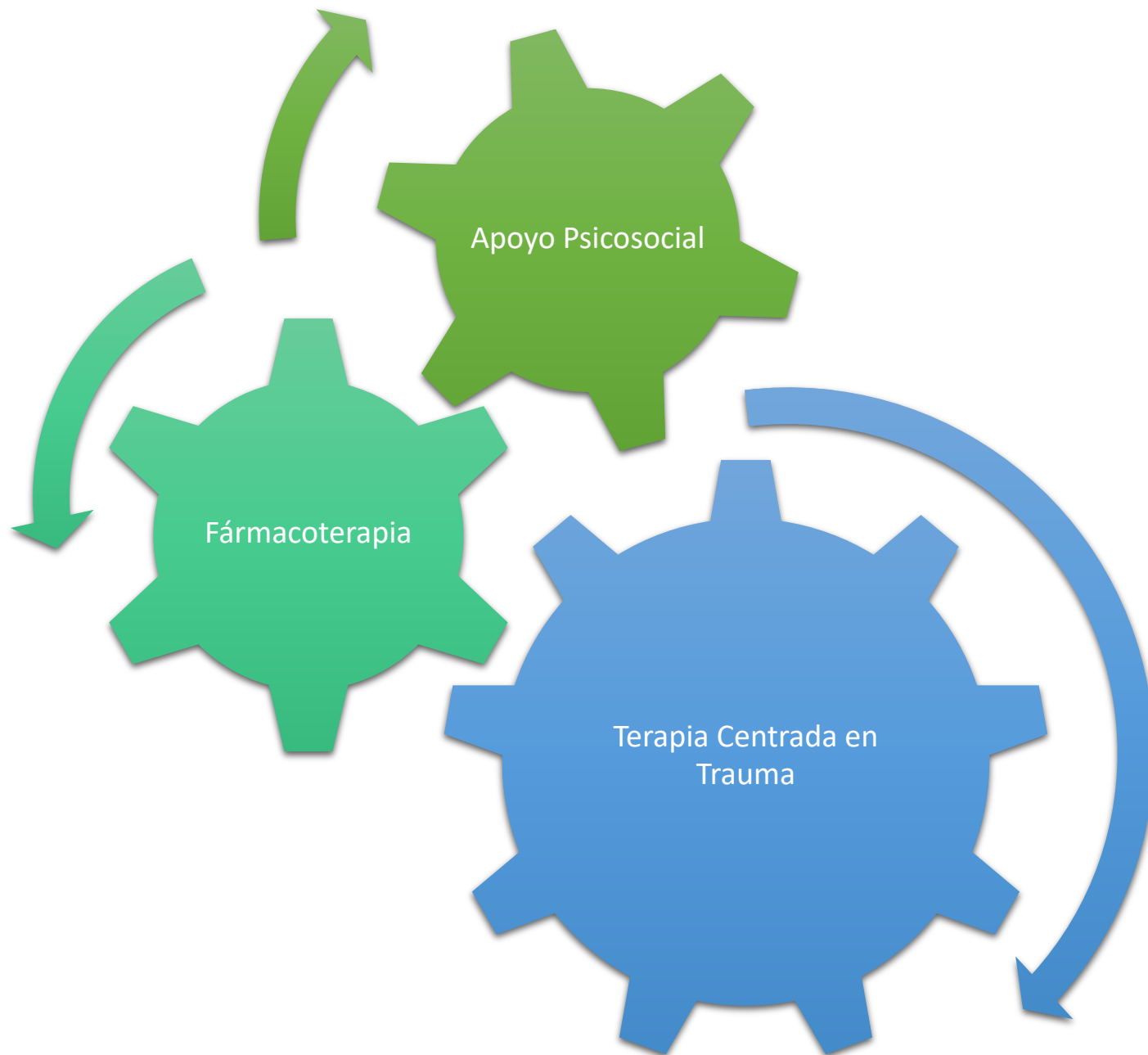
To determine the psychometric properties of the Perinatal Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Questionnaire (PPQ) in Spanish. A cross-sectional study of 432 Spanish puerperal women was conducted, following ethical approval. The PPQ was administered online through midwives' associations across Spain. The Edinburgh Postnatal Depression Scale was used to diagnose postnatal depression for examining criterion validity. Data were collected on sociodemographic, obstetric, and neonatal variables. An exploratory factorial analysis (EFA) was performed with convergence and criterion validation. Internal consistency was evaluated using Cronbach's α . The EFA identified three components that explained 63.3% of variance. The PPQ's convergence validation associated the risk of PTSD with variables including birth plan, type of birth, hospital length of stay, hospital readmission, admission of the newborn to care unit, skin-to-skin contact, maternal feeding at discharge, maternal perception of partner support, and respect shown by healthcare professionals during childbirth and puerperium. The area under the ROC curve for the risk of postnatal depression (criterion validity) was 0.86 (95% CI 0.82–0.91). Internal consistency with Cronbach's α value was 0.896. The PPQ used when screening for PTSD in postpartum Spanish women showed adequate psychometric properties.



Tratamiento del TEPT-P



¿Tratar o No Tratar el TEPT-P durante período Perinatal?







STAIR
Narrative
Therapy
M. Cloitre



Terapia
Cognitiva
para TEPT
A. Elhers



NET
T. Elbert et
al



BEPP
Berthold



Terapia
Exposición
Prolongada
E. Foa



CPT
P Resick



EMDR
Shapiro

Terapias Centradas en Trauma



Terapias Centradas en Trauma





Terapias Centradas en Trauma

- Las psicoterapias centradas en trauma actualmente disponibles y empíricamente sustentadas tienen mucho en común:

La Psicoeducación

La Regulación emocional y las habilidades de afrontamiento

La Exposición Imaginaria

El Procesamiento Cognitivo

Las Emociones como blanco en la terapia

Los Procesos de memoria



Terapias Centradas en Trauma

- Las psicoterapias centradas en trauma actualmente disponibles y empíricamente sustentadas tienen mucho en común:

La Psicoeducación

- Se ofrece información acerca de la naturaleza y el curso de las reacciones de estrés postraumático
- identifica maneras de afrontar los recuerdos del trauma
- Se discute estrategias para manejar el estrés.
- Apunta a facilitar intervenciones, optimizar la cooperación del paciente y prevenir recaídas.

La Regulación emocional y las habilidades de afrontamiento

La Exposición Imaginaria

El Procesamiento Cognitivo

Las Emociones como blanco en la terapia

Los Procesos de memoria



Terapias Centradas en Trauma

- Las psicoterapias centradas en trauma actualmente disponibles y empíricamente sustentadas tienen mucho en común:

La Psicoeducación

La Regulación emocional y las habilidades de afrontamiento

- Son frecuentemente enseñadas y entrenadas en muchos enfoques terapéuticos.
- En algunas instancias, se hace de manera más implícita y en otras como un elemento explícito del tratamiento.

La Exposición Imaginaria

El Procesamiento Cognitivo

Las Emociones como blanco en la terapia

Los Procesos de memoria



Terapias Centradas en Trauma

- Las psicoterapias centradas en trauma actualmente disponibles y empíricamente sustentadas tienen mucho en común:

La Psicoeducación

La Regulación emocional y las habilidades de afrontamiento

La Exposición Imaginaria

- Es fuertemente enfatizada en la PE y la NET.
- Sin embargo, algunas formas de exposición a los recuerdos de las experiencias traumáticas del paciente pueden ser encontradas virtualmente en todas las psicoterapias basadas en la evidencia para trastornos relacionados con trauma.

El Procesamiento Cognitivo

Las Emociones como blanco en la terapia

Los Procesos de memoria



Terapias Centradas en Trauma

- Las psicoterapias centradas en trauma actualmente disponibles y empíricamente sustentadas tienen mucho en común:

La Psicoeducación

La Regulación emocional y las habilidades de afrontamiento

La Exposición Imaginaria

El Procesamiento Cognitivo

- la reestructuración y la construcción de significado es otro elemento que puede encontrarse en casi todos los tratamientos psicológicos empíricamente sustentados para el TEPT.
- Aunque en el enfoque cognitivo éstos son los componentes más importantes del tratamiento, en otros protocolos son conceptualizados como parte de la integración que ocurre después o durante la exposición.

Las Emociones como blanco en la terapia

Los Procesos de memoria



Terapias Centradas en Trauma

- Las psicoterapias centradas en trauma actualmente disponibles y empíricamente sustentadas tienen mucho en común:

La Psicoeducación

La Regulación emocional y las habilidades de afrontamiento

La Exposición Imaginaria

El Procesamiento Cognitivo

Las Emociones como blanco en la terapia

- Algunas predominantemente abordan la red de trauma o miedo del paciente,
- Otras se enfocan más o igualmente en la culpa y vergüenza, rabia, o en duelo y tristeza.

Los Procesos de memoria



Terapias Centradas en Trauma

- Las psicoterapias centradas en trauma actualmente disponibles y empíricamente sustentadas tienen mucho en común:

La Psicoeducación

La Regulación emocional y las habilidades de afrontamiento

La Exposición Imaginaria

El Procesamiento Cognitivo

Las Emociones como blanco en la terapia

Los Procesos de memoria

- Juegan un rol importante en el tratamiento de trastornos relacionados con trauma.
- Sin importar cuáles términos técnicos se usen, la reorganización de las funciones de memoria y la creación de una narrativa de trauma parecen ser metas centrales de todos los tratamientos enfocados en trauma.



Psicoterapias Centradas en Trauma en contexto Perinatal



¿Qué no sirve?

- El **Debriefing** y la **Consejería** **NO** han demostrado ser eficaces para el TEPT o el TEPT-P.
- Los estudios han examinado el **Debriefing** inmediatamente después de un parto traumático y han demostrado que no es una estrategia eficaz para prevenir la aparición del TEPT
 - Se han encontrado efectos potencialmente perjudiciales en el TEPT no relacionado con el parto o en los síntomas del TEPT, como la reexperimentación de los eventos traumático
- Tres ensayos controlados aleatorios y una revisión Cochrane han estudiado la **Consejería** sin que haya habido una mejora de los síntomas de TEPT.

Abstenerse



Terapias Centradas en Trauma para TEPT-P

Terapias de Exposición

- **Imaginaria:** Datos de un meta-análisis mostraron una reducción de los síntomas del TEPT-P a través de la terapia de exposición a través de la escritura expresiva y que era particularmente eficaz en el período de 3 a 6 meses del posparto
- **In vivo:** Un estudio informó de la eficacia de la combinación de la terapia cognitivo-conductual y las visitas a la sala de partos donde se produjeron los nacimientos traumáticos, aunque sólo se basó en dos estudios de casos.

**RESEARCH ARTICLE****Open Access**

Exposure therapy for PTSD during pregnancy: a feasibility, acceptability, and case series study of Narrative Exposure Therapy (NET)

Natalie R. Stevens^{1*}, Michelle L. Miller¹, Christina Soibatian², Caitlin Otwell¹, Anne K. Rufa¹, Danie J. Meyer³ and Madeleine U. Shalowitz¹

Abstract

Background: Prenatal posttraumatic stress disorder (PTSD) is a significant complication of pregnancy linked to increased risk of adverse perinatal outcomes. Although 1 in 5 pregnant trauma-exposed individuals have PTSD, most PTSD treatment trials exclude participants who are pregnant, and none focus on treatment specifically during pregnancy. Moreover, access to mental health treatment is particularly challenging in low-resource settings with high rates of trauma. This study examined implementation of Narrative Exposure Therapy (NET), a short-term evidence-based PTSD treatment, in an urban prenatal care setting. Partial telehealth delivery was used to increase accessibility. Study aims were to examine (a) feasibility, (b) acceptability, and (c) case-based treatment outcomes associated with NET participation.

Method: Eight pregnant participants (median age = 27, median gestational week in pregnancy = 22.5) received up to six sessions of NET with partial telehealth delivery. PTSD and depression symptoms were assessed at pre-treatment intake (T1), at each session (T2), and 1-week post-treatment (T3). A multiple case study approach was used to examine recruitment and engagement, retention, treatment completion, treatment barriers, use of telehealth, participants' experiences of treatment, and PTSD and depression symptoms.

Results: Nine of the 16 participants (56%) who were invited to participate engaged in treatment, and one dropped out after the first session. Eight participants completed the minimum "dose" of 4 NET sessions ($N = 8/9$, 89%). Seven participants gave the highest ratings of treatment acceptability. The most frequently reported barriers to treatment were competing priorities of work and caring for other children. Pre-post treatment symptom measures revealed clinically meaningful change in PTSD severity for nearly all participants (7/8, 88%).

Conclusions: Results suggest that a brief exposure therapy PTSD treatment can be successfully implemented during pregnancy, suggesting promising results for conducting a larger-scale investigation.

Trial registration ClinicalTrials.gov, NCT04525469. Registered 20 August 2020—Retrospectively registered, <https://register.clinicaltrials.gov/prs/app/template/EditRecord.vm?epmode=View&listmode=Edit&uid=U00058T2&ts=3&sid=S000A59A&cx=-w1vvnv>



Terapias Centradas en Trauma para TEPT-P

Terapia Cognitiva Conductual

- Una de las terapias con mayor evidencia en TEPT
- Aunque hay datos limitados sobre esta modalidad de tratamiento para TEPT-P, ha demostrado ser eficaz, especialmente para las mujeres con alto riesgo de experimentar un parto traumático.



Terapias Centradas en Trauma para TEPT-P

EMDR

- Psicoterapia Basada en la Evidencia, protocolizada.
- 8 fases y 3 vertiente (pasado-presente-futuro)
- Facilita y acelera el procesamiento de información a estados adaptativos.



The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth

Valentina Chiorino^{a,b†}, Maria Caterina Cattaneo^{a,b†}, Elena A. Macchi^a, Roberta Salerno^{a,b}, Sara Roveraro^{a,b}, Giorgia G. Bertolucci^a, Fabio Mosca^{c,d}, Monica Fumagalli^{c,d}, Ivan Cortinovis^e , Sara Carletto^{f†}  and Isabel Fernandez^{g†}

^aUnit of Perinatal Psychology, Consultorio Familiare Accreditato Genitori Oggi – Mangiagalli, Milan, Italy;

^bUnit of Perinatal Psychology, San Pio X, Humanitas Research Hospital, Milan, Italy;

^cFoundation IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, NICU, Milan, Italy; ^dDepartment of Clinical Sciences and Community Health, University of Milan, Milan, Italy; ^eDepartment of Clinical Sciences and Community Health, Laboratory G.A. Maccacaro, University of Milan, Milan, Italy;

^fDepartment of Clinical and Biological Sciences, University of Turin, Orbassano, Italy; ^gCenter of Research and Studies in Psychotraumatology, Milan, Italy

ABSTRACT

Objective: This pilot study investigated the effectiveness of brief EMDR intervention as compared to treatment-as-usual (TAU) in women with post-partum PTSD symptoms.

Design: A pilot randomised controlled trial was conducted to evaluate possible differences between one EMDR session ($n = 19$) and one TAU session ($n = 18$) delivered in a maternity ward in the aftermath of childbirth.

Main Outcome Measures: The primary outcome measure was the rate of remission of post-partum post-traumatic stress symptoms (i.e. IES-R score < 23) in both groups at 6-weeks (T1) and 12-weeks' post-partum (T2). Secondary outcome measures were mother-to-infant bonding, post-partum depressive symptoms, the presence of flashbacks and level of distress.

Results: Most of the women improved their post-partum post-traumatic stress symptoms after only one treatment session. EMDR resulted more effective than TAU in reducing the proportion of women with post-partum post-traumatic stress symptoms at 6-weeks' post-partum (78.9% EMDR vs. 39.9% TAU; $p = .020$). Moreover, women treated with EMDR experienced less flashbacks and distress as compared to TAU. No significant difference was found between treatments on mother-to-infant bonding and post-partum depressive symptoms.

Conclusions: These findings, although preliminary, suggest that a brief EMDR intervention could be a viable and promising tool in the early treatment of post-traumatic stress related to traumatic childbirth.

ARTICLE HISTORY

Received 11 February 2019
Accepted 21 November 2019

KEYWORDS

childbirth trauma; traumatic childbirth; post-partum PTSD; EMDR; trauma-focused intervention

Protocolo EMDR para traumas de parto recientes

1. Establecer una alianza básica de trabajo;
2. Breve recopilación de información (breve historia del trauma, breve historia personal y del embarazo);
3. Reforzar la motivación para el tratamiento a través de objetivos terapéuticos positivos y alcanzables;
4. Preparación: estabilización (por ejemplo, grounding);
5. Aplicación de EBL táctil continuo con narrativa de trauma (
6. Desensibilización y reprocesamiento del trauma del parto (EBL visual);
7. Desensibilización de los disparadores del presente. Cuando fue posible (principalmente por cuestiones de tiempo) también se llevaron a cabo los siguientes pasos:
8. Plantilla futura: la recuperación física en un futuro próximo, el cuidado del bebé y la lactancia materna;
9. Instalación de recursos para hacer frente a los disparadores;
10. Narración para el bebé.



The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth

Valentina Chiorino^{a,b†}, Maria Caterina Cattaneo^{a,b†}, Elena A. Macchi^a, Roberta Salerno^{a,b}, Sara Roveraro^{a,b}, Giorgia G. Bertolucci^a, Fabio Mosca^{c,d}, Monica Fumagalli^{c,d}, Ivan Cortinovis^e , Sara Carletto^{ff}  and Isabel Fernandez^{g†}

^aUnit of Perinatal Psychology, Consultorio Familiare Accreditato Genitori Oggi – Mangiagalli, Milan, Italy;

^bUnit of Perinatal Psychology, San Pio X, Humanitas Research Hospital, Milan, Italy;

^cFoundation IRCCS Ca' G. Pavesi, Milan, Italy;

^dClinical Sciences and Community Health, University of Milan, Milan, Italy;

^eDepartment of Clinical Psychology, University of Milan, Milan, Italy;

^fDepartment of Clinical Psychology, University of Milan, Milan, Italy;

^gResearch and Studies in Psychology, University of Milan, Milan, Italy.

ABSTRACT

Objective: This pilot study evaluated the effectiveness of a brief EMDR intervention in women with post-partum trauma.

Design: A pilot randomised controlled trial comparing EMDR and TAU.

Setting: The study was conducted in a specialised unit for post-partum trauma.

Participants: Women with post-partum trauma were recruited from a specialised unit.

Interventions: The EMDR group received a brief EMDR intervention, while the TAU group received standard care.

Main Outcome Measures: The primary outcome was the rate of remission of post-traumatic stress symptoms (i.e. IES-R score ≤ 10) at 6-weeks' post-partum.

Results: Most of the women in the EMDR group achieved remission of post-traumatic stress symptoms, compared to the TAU group.

Conclusions: These findings, although preliminary, suggest that a brief EMDR intervention could be a viable and promising tool in the early treatment of post-traumatic stress related to traumatic childbirth.

Keywords: EMDR, post-partum trauma, remission, IES-R, MIBS, MD.

Abbreviations: EMDR: Eye Movement Desensitisation and Reprocessing; TAU: Therapy As Usual; IES-R: Impact of Event Scale-Revised; MIBS: Mother-to-Infant Bonding Scale; MD: mean difference.

Introduction: Post-traumatic stress symptoms (PTSD) are common in women with a history of traumatic childbirth.

PTSD is associated with significant psychological and physical consequences, including depression, anxiety, and difficulties in bonding with the newborn.

Early identification and treatment of PTSD in women with a history of traumatic childbirth are essential to improve their quality of life and the well-being of their infants.

EMDR is a well-established, evidence-based treatment for PTSD, and it has been shown to be effective in the treatment of PTSD in women with a history of traumatic childbirth.

The aim of this pilot study was to evaluate the effectiveness of a brief EMDR intervention in women with post-partum trauma.

The study was a pilot randomised controlled trial comparing EMDR and TAU.

The primary outcome was the rate of remission of post-traumatic stress symptoms (i.e. IES-R score ≤ 10) at 6-weeks' post-partum.

Secondary outcomes included the rate of remission of post-traumatic stress symptoms (i.e. IES-R score ≤ 10) at 6-weeks' post-partum, the rate of remission of post-traumatic stress symptoms (i.e. IES-R score ≤ 10) at 6-weeks' post-partum, and the rate of remission of post-traumatic stress symptoms (i.e. IES-R score ≤ 10) at 6-weeks' post-partum.

The study was conducted in a specialised unit for post-partum trauma.

The study was a pilot randomised controlled trial comparing EMDR and TAU.

The primary outcome was the rate of remission of post-traumatic stress symptoms (i.e. IES-R score ≤ 10) at 6-weeks' post-partum.

Secondary outcomes included the rate of remission of post-traumatic stress symptoms (i.e. IES-R score ≤ 10) at 6-weeks' post-partum, the rate of remission of post-traumatic stress symptoms (i.e. IES-R score ≤ 10) at 6-weeks' post-partum, and the rate of remission of post-traumatic stress symptoms (i.e. IES-R score ≤ 10) at 6-weeks' post-partum.

The study was conducted in a specialised unit for post-partum trauma.

The study was a pilot randomised controlled trial comparing EMDR and TAU.

The primary outcome was the rate of remission of post-traumatic stress symptoms (i.e. IES-R score ≤ 10) at 6-weeks' post-partum.

Secondary outcomes included the rate of remission of post-traumatic stress symptoms (i.e. IES-R score ≤ 10) at 6-weeks' post-partum, the rate of remission of post-traumatic stress symptoms (i.e. IES-R score ≤ 10) at 6-weeks' post-partum, and the rate of remission of post-traumatic stress symptoms (i.e. IES-R score ≤ 10) at 6-weeks' post-partum.

The study was conducted in a specialised unit for post-partum trauma.

Table 3. Comparison between T0, T1 and T2 of clinical variables for the two treatment groups (EMDR and TAU).

	T0				T1				T2			
	EMDR (N = 19)	TAU (N = 18)	MD (95%CI)	p	EMDR (N = 19)	TAU (N = 18)	MD (95%CI)	p	EMDR (N = 19)	TAU (N = 18)	MD (95%CI)	p
IES-R	35.79 (8.80)	36.11 (9.47)	-.322 (-6.422; 5.778)	.915	16.47 (13.26)	25.22 (11.52)	-8.749 (-17.062; -.435)	.040	9.58 (8.90)	17.56 (12.32)	-7.977 (-15.121; -.832)	.030
MIBS	1.63 (2.27)	2.39 (2.81)	-.757 (-2.457; .942)	.372	0.79 (1.08)	1.11 (1.23)	-.322 (-1.095; .452)	.404	0.42 (.77)	0.78 (1.40)	-.357 (-1.103; .390)	.339

Data are mean (SD).

EMDR: Eye Movement Desensitisation and Reprocessing group; TAU: Therapy As Usual group; IES-R: Impact of Event Scale-Revised; MIBS: Mother-to-Infant Bonding Scale.

MD: mean difference.

Protocolo EMDR para traumas de parto recientes

1. Establecer una alianza básica de trabajo;
2. Breve recopilación de información (breve historia del trauma, breve historia personal y del embarazo);

el tratamiento a través de ejercicios sencillos y alcanzables; (por ejemplo, grounding); y un trabajo continuo con narrativa de la experiencia.

El objetivo del tratamiento del trauma del parto reciente es:

reducir los disparadores del presente. Esto se logra mediante preguntas de clarificación sobre el trauma y sus efectos, y el trabajo con los siguientes temas:

3. Identificación de disparadores físicos en un futuro próximo, el cuidado del bebé y la lactancia materna;
4. Instalación de recursos para hacer frente a los disparadores;
5. Narración para el bebé.

The OptiMUM-study: EMDR therapy in pregnant women with posttraumatic stress disorder after previous childbirth and pregnant women with fear of childbirth: design of a multicentre randomized controlled trial

M. A. M. Baas^a, C. A. I. Stramrood^b, L. M. Dijkman^{c,d}, A. de Jongh^e and M. G. van Pampus^a

^aDepartment of Obstetrics and Gynaecology, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam, the Netherlands; ^bDepartment of Obstetrics and Gynaecology, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, the Netherlands; ^cDepartment of Epidemiology, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam, the Netherlands; ^dDepartment of Quality and Safety, St. Antoniusziekenhuis, Nieuwegein, the Netherlands; ^eDepartment of Behavioral Sciences, Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA), Amsterdam, the Netherlands

ABSTRACT

Background: Approximately 3% of women develop posttraumatic stress disorder (PTSD) after giving birth, and 7.5% of pregnant women show a pathological fear of childbirth (FoC). FoC or childbirth-related PTSD during (a subsequent) pregnancy can lead to a request for an elective caesarean section as well as adverse obstetrical and neonatal outcomes. For PTSD in general, and several subtypes of specific phobia, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy has been proven effective, but little is known about the effects of applying EMDR during pregnancy.

Objective: To describe the protocol of the OptiMUM-study. The main aim of the study is to determine whether EMDR therapy is an effective and safe treatment for pregnant women with childbirth-related PTSD or FoC. In addition, the cost-effectiveness of this approach will be analysed.

Method: The single-blind OptiMUM-study consists of two two-armed randomized controlled trials (RCTs) with overlapping design. In several hospitals and community midwifery practices in Amsterdam, the Netherlands, all eligible pregnant women with a gestational age between eight and 20 weeks will be administered the Wijma delivery expectations questionnaire (WDEQ) to assess FoC. Multiparous women will also receive the PTSD checklist for DSM-5 (PCL-5) to screen for possible PTSD. The clinician administered PTSD scale (CAPS-5) will be used for assessing PTSD according to DSM-5 in women scoring above the PCL-5 cut-off value. Fifty women with childbirth-related PTSD and 120 women with FoC will be randomly allocated to either EMDR therapy carried out by a psychologist or care-as-usual. Women currently undergoing psychological treatment or women younger than 18 years will not be included. Primary outcome measures are severity of childbirth-related PTSD or FoC symptoms. Secondary outcomes are percentage of PTSD diagnoses, percentage caesarean sections, subjective childbirth experience, obstetrical and neonatal complications, and health care costs.

Results: The results are meant to provide more insight about the safety and possible effectiveness of EMDR therapy during pregnancy for women with PTSD or FoC.

Conclusion: This study is the first RCT studying efficacy and safety of EMDR in pregnant women with PTSD after childbirth or Fear of Childbirth.

ARTICLE HISTORY

Received 16 October 2016
Revised 14 December 2016
Accepted 15 December 2016

KEYWORDS

Posttraumatic stress disorder; fear of childbirth; eye movement desensitization and reprocessing; EMDR; PTSD; trauma; anxiety; pregnancy; postpartum; obstetrics



Postpartum Early EMDR therapy Intervention (PERCEIVE) study for women after a traumatic birth experience: study protocol for a randomized controlled trial

Y. M. G. A. Hendrix^{1*†} , K. S. M. van Dongen^{1†} , A. de Jongh^{2,3,4,5,6}  and M. G. van Pampus¹ 

Abstract

Background: Up to 33% of women develop symptoms of posttraumatic stress disorder (PTSD) after a traumatic birth experience. Negative and traumatic childbirth experiences can also lead to fear of childbirth, avoiding or negatively influencing a subsequent pregnancy, mother-infant bonding problems, problems with breastfeeding, depression and reduced quality of life. For PTSD in general, eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy has proven to be effective. However, little is known about the preventive effects of early intervention EMDR therapy in women after a traumatic birth experience. The purpose of this study is to determine the effectiveness of early intervention EMDR therapy in preventing PTSD and reducing PTSD symptoms in women with a traumatic birth experience.

Methods: The PERCEIVE study is a randomized controlled trial. Women suffering from the consequences of a traumatic birth experience will be randomly allocated at maximum 14 days postpartum to either EMDR therapy or 'care-as-usual'. Patients in the EMDR group receive two sessions of therapy between 14 (T0) and 35 days postpartum. All participants will be assessed at T0 and at 9 weeks postpartum (T1). At T1, all participants will undergo a CAPS-5 interview about the presence and severity of PTSD symptoms. The primary outcome measure is the severity of PTSD symptoms, whereas the secondary outcomes pertain to fear of childbirth, mother-infant bonding, breastfeeding, depression and quality of life. The study will be conducted at a large city hospital and at multiple midwifery practices in Amsterdam, the Netherlands.

Discussion: It is to be expected that the results of this study will provide more insight about the safety and effectiveness of early intervention EMDR therapy in the prevention and reduction of PTSD (symptoms) in women with a traumatic birth experience.

Trial registration: Netherlands Trial Register [NL73231.000.20](https://www.trialregister.nl/record/trial/NL73231.000.20). Registered on 21 August 2020.

Keywords: Eye movement desensitization and reprocessing therapy, EMDR, Posttraumatic stress disorder, PTSD, Trauma, Childbirth, Delivery, Obstetrics, Postpartum

Caso Clínico –TEPT durante el Embarazo- Estudio OptiMUM

- La paciente A era una mujer embarazada multipara de 36 años, que dio a luz 3 veces antes.
- Su primer parto se complicó por una hemorragia posparto debido a una placenta retenida. En su segundo embarazo, recibió una sesión de EMDR destinada a trabajar la pérdida de control durante su primer parto. Sus síntomas de TEPT disminuyeron después de esta sesión de terapia y el parto no fue complicado. En su tercer embarazo, una muerte fetal intrauterina ocurrió inesperadamente a una edad gestacional de 39 semanas. Después del parto, recibió alrededor de 10 sesiones mensuales de terapia de duelo.





Caso Clínico –TEPT durante el Embarazo-

Estudio OptiMUM

- Durante la evaluación del estudio OptiMUM en su cuarto embarazo, puntuó por encima del límite tanto para el TEPT como para el FoC (puntuación total de WDEQ-A: 98). Durante la primera entrevista clínica, le diagnosticaron un trastorno obsesivo compulsivo con pensamientos intrusivos de preocupaciones con la culpa por varios aspectos de su vida.
- Al administrar el CAPS-5, al principio identificó su primer parto como el "peor" en términos de dificultades emocionales. Después de continuar la entrevista, se corrigió rápidamente: la muerte fetal intrauterina en su tercer embarazo fue la más traumática (puntuación de suma CAPS-5: 26).

Caso Clínico –TEPT durante el Embarazo- Estudio OptiMUM

- **1ra Sesión:**

- La sesión comenzó con el procesamiento de la imagen de sí misma, sentada con su bebé y su pareja abrazándola a ella y a su bebé. La SUD fue de 8/10, y la sensación se sintió principalmente en su abdomen. Durante el transcurso de la sesión, los SUD pasaron del 8 al 1.

- **2da Sesión**

- Comenzó con el protocolo flashforward dirigida a la imagen de sí misma en una cama de hospital con su pareja a su lado, y el mismo médico que diagnosticó la muerte fetal intrauterina diciéndole "Tengo algo terrible que decirte...". Mirando esta imagen, sintió una tristeza extrema, SUD 10. Además de los movimientos oculares, se añadieron "zumbidos".
- Durante este período de sesiones, las SUD disminuyeron de 10 a 0 (VoC 7). Ya no sentía tensión en su cuerpo.

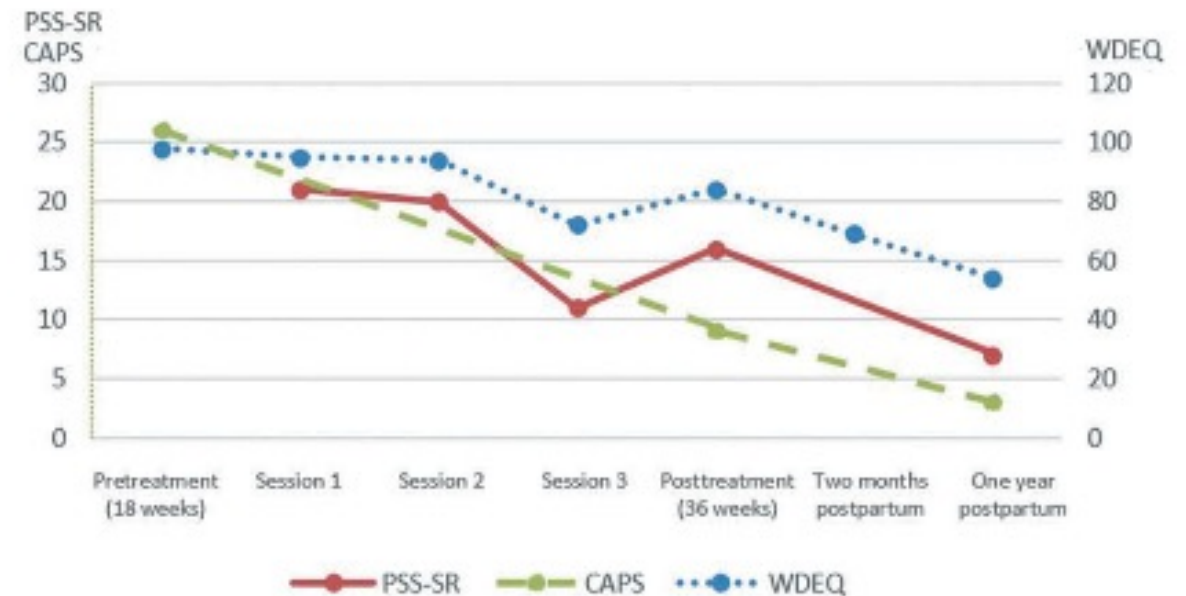


Caso Clínico –TEPT durante el Embarazo- Estudio OptiMUM

- **3ra Sesión**

- Al inicio de la sesión refiere que se siente muy bien, menos tensión.
- Se realizó una verificación de video mental en la que construyó su futuro parto.

- Después de terminar la terapia, a las 36 semanas de edad gestacional, obtuvo una puntuación inferior al valor límite para FoC (puntuación WDEQ-A 84), y los diagnósticos de trastorno obsesivo-compulsivo y PTSD (puntuación de suma CAPS 9) estaban en completa remisión.
- Tuvo un parto de término sin complicaciones.
- Después del parto calificó la satisfacción en torno al embarazo y el parto como 8 de 10. En el seguimiento, sus síntomas de PTSD y FoC mostraron una nueva disminución (puntuación de suma CAPS-5: 3; WDEQ-B: 54).





Caso Clínico –TEPT por parto traumático

- D. de 41 años, divorciada, 1 hijo de 6 años
- 3er trimestre de embarazo presenta Síndrome de HELLP. Se le realiza cesárea de Urgencia. Es enviada inmediatamente a la UCI sin posibilidad de ver a su hijo
- Muchas imágenes confusas y fragmentadas pre, durante y post parto
- Recuerda haberse sentido con mucho miedo (“el más grande de mi vida”), sensación de máximo descontrol
- Alzas de presión arterial y sensaciones asociadas serían un disparadores – Hiperactivación
- Invalidación traumática de pareja y equipo médico



Caso Clínico –TEPT por parto traumático

- Cerca de 2 semanas hospitalizada. Dada de alta junto al bebé
- Al segundo día post alta madre fallece en un accidente de tránsito
- D, muy aprensiva con su bebé. Poca percepción de apoyo por su pareja
- Deja de atenderse en esa clínica (evitación), deja de tomarse los medicamentos antihipertensivos (*“me convencí que no tenía hipertensión”*) y no se controla más
- 6 años después, compañero de trabajo en consulta espontánea a cardiólogo, HTA asintomática. Coronariografía: enf coronaria/stent
- D, se preocupa porque ella dejó de tratar su HTA. Se toma presión arterial y presenta crisis de pánico intensa
- En cada control médico, PA elevadísimas, incapaz de tolerar holter de presión, sobremedicada con antihipertensivos (*“cada vez que me tomaban la presión, esta estaba alta y yo les decía que era por miedo, pero no me hacían caso”*)



Caso Clínico –TEPT por parto traumático

Hipótesis Diagnóstica:

Trastorno de estrés post traumático – perinatal

1- Experiencia directa de un evento traumático

2. Presencia de síntomas intrusivos

3. Evitación persistente de estímulos asociados

4. Alteraciones negativas cognitivas y afectivas asociadas al evento traumático

5. Estado de hiperalerta/hipervigilancia



Caso Clínico –TEPT por parto traumático

- Se realiza Protocolo EMDR para Incidente Crítico Reciente (EMDR-PRECI) – Jarero y Artigas (2011)-
 - Utilidad frente a experiencias adversas prolongadas donde eventos estresantes continúan por largo tiempo, y donde no existe un período de seguridad (un continuum de eventos traumáticos externos).
1. Toma de Historia
 2. Estabilización, preparación y psicoeducación
 3. Reprocesamiento de todas las partes perturbadoras del evento, desde poco antes de su inicio hasta el momento presente, o incluso a futuro.
 4. Instalación de recursos – vinculación con las redes adaptativas
 5. Chequeo Corporal
 6. Cierre



Caso Clínico –TEPT por parto traumático

- Blanco: 4:00 dolor abdominal intenso
 - I: Ella incapaz de poder respirar por el dolor; CN: Soy estúpida; SUD: 7/10; E: Miedo, terror; S: Sensación de presión en la cabeza
- (al inicio de reprocesamiento)
 - “Qué comí, qué hice mal” (se recuerda con mucho dolor, postura antiálgica, se conecta con el miedo, tensión física y calofrío)... (en la camilla) “estoy tan sola, tan frágil” ... “nació tan pequeño”...“culpa por no dejar a mi mamá cargar a O.”
- (Entre sesiones 2 y 4)
 - “y ahora está de p 95, es tan grande” ...”me veo a mí actual y ya no tengo cara de enferma” ...”una amiga me dijo que se sorprendía de mi fortaleza” ...”que estoy tan linda y yo le dije, sí estoy muy bien” ...”qué comí (esa noche)?”...:”puede que haya sido otra cosa” (llora...se exculpa, se mira con compasión)...(se conecta con la pena, pero esta vez la acoge y valida)...(se dice a sí misma, pero esta vez con calidez) “tenía mucho miedo” ...”el Sd de HELLP se da solo en el embarazo” (alivio)



Caso Clínico –TEPT por parto traumático

- Blanco: 4:00 dolor abdominal intenso
 - I: Ella incapaz de poder respirar por el dolor; CN: Soy estúpida; SUD: 7/10; E: Miedo, terror; S: Sensación de presión en la cabeza
- (Finalizando 5ta sesión)
 - “lo veo mucho más lejano” ...”ya no me afecta tanto, es parte del pasado”..”D, eres fuerte”
 - SUD 0
 - CP: “estoy sana” VoC 7/7 ...”hay mucha más sanidad que enfermedad”..:”el miedo es solo una sombra”
 - Chequeo corporal: sin perturbación
- Paciente es capaz de asistir al médico, tomarse en su casa la PA, incluso en situaciones imprevistas (SU, odontólogo), sus presiones arteriales están bajas (con medicamentos en dosis estándar)



Sólo unas palabras

Servicios Informados en Trauma

INSTITUTO EUROPEO DE SALUD MENTAL PERINATAL



Trauma Informed Care

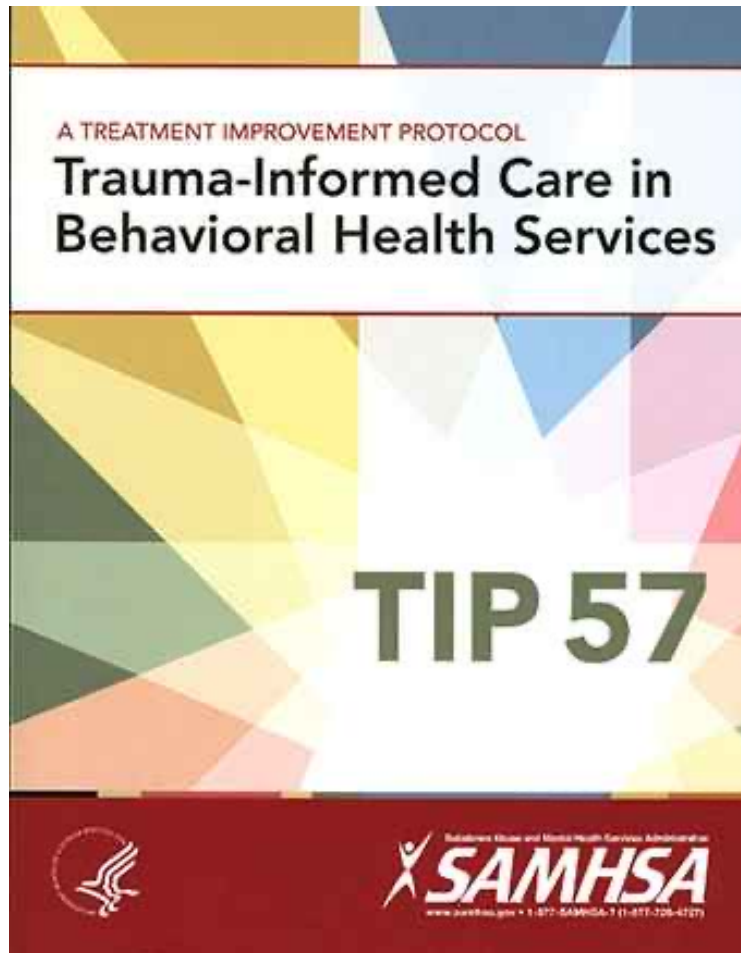
Principios Básicos



Trauma Informed Care es un marco basado en fortalezas que se basa en la comprensión y la capacidad de respuesta al impacto del trauma, que enfatiza la seguridad física, psicológica y emocional tanto para los proveedores como para los sobrevivientes, y que crea oportunidades para que los sobrevivientes recuperen un sentido de control y empoderamiento.



SAMHSA

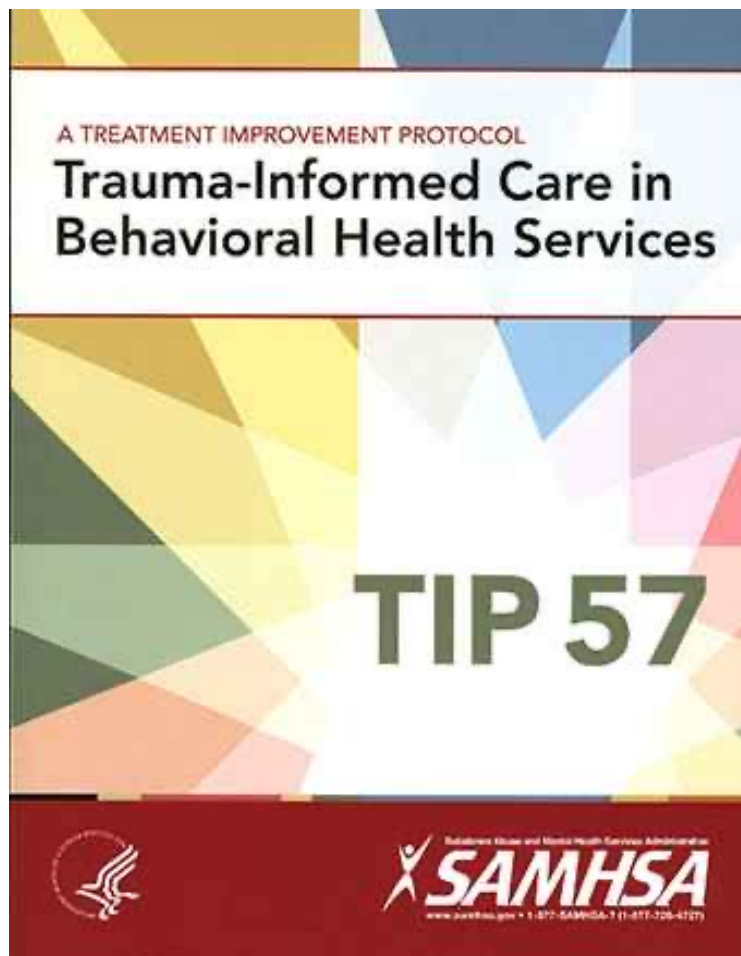


Los Supuestos: Las Cuatro “R”

- Comprensión
(*Realization*)
- Reconocer (*Recognize*)
- Responder (*Responds*)
- Retraumatización
(*Retraumatization*)



SAMHSA



Los 6 Principios:

1. Seguridad
2. Confianza y Transparencia
3. Apoyo entre pares
4. Colaboración y mutualidad
5. Empoderamiento
6. Sensibilidad



Review

Integrating Trauma-Informed Care Into Maternity Care Practice: Conceptual and Practical Issues



Mickey Sperlich, CPM, PhD, MSW, Julia S. Seng, CNM, PhD, Yang Li, MS, RN, Julie Taylor, PhD, RN, FRCN, Caroline Bradbury-Jones, PhD, RM, RN, HV

Table 4. A Trauma-Informed System of Maternity Care Parallels the Familiar Stepped (or Tiered) Model of Care

Usual Care	Usual Care	Trauma-Informed Care	Examples
Universal—based on awareness of a problem in the population	Medical, surgical, obstetric, and social history, which now likely includes depression screening	Adds trauma history and screening for trauma-related disorders (at least PTSD), plus assessment of social support that does not assume partner and family are safe and helpful	Uses adverse childhood experiences or other trauma history questionnaire and a PTSD screening tool for primary care (eg, PC-PTSD)
Targeted intervention—based on history or contextual factors	Enrollment in social work or home visiting if vulnerable due to poverty or young age	Adds trauma-specific interventions for survivors (ie, based on history)	Offers psychoeducation, group prenatal care for survivors, trauma-trained doula for labor, later parenting support group for survivor moms and dads.
Specialist treatment—based on diagnosis	Referral to interpersonal therapy plus SSRIs or other evidence-based depression treatment as indicated	Adds ability to refer to therapists who use evidence-based PTSD treatments (eg, EMDR) and can tailor to address perinatal triggers	Provides treatment engagement support so the woman can choose among PTSD-specific treatment options, including medications

Abbreviations: EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing; PC-PTSD, primary care posttraumatic stress disorder screen; PTSD, posttraumatic stress disorder; SSRIs, selective serotonin reuptake inhibitors.



Gracias



REFERENCIAS

- O'Donovan A, Alcorn KL, Patrick JC, et al. Predicting posttraumatic stress disorder after childbirth. *Midwifery*. 2014;30:935–941.
- Grekin R, O'Hara MW. Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014;34:389–401.
- Andersen LB, Melvaer LB, Videbech P, et al. Risk factors for developing post-traumatic stress disorder following childbirth: a systematic review. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91:1261–1272.
- Olde E, van der Hart O, Kleber R, et al. Posttraumatic stress following childbirth: a review. *Clin Psychol Rev*. 2006;26:1–16.
- Alcorn KL, O'Donovan A, Patrick JC, et al. A prospective longitudinal study of the prevalence of post-traumatic stress disorder resulting from childbirth events. *Psychol Med*. 2010;40:1849–1859.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Furuta M, Horsch A, Ng ESW, et al. Effectiveness of trauma-focused psychological therapies for treating post-traumatic stress disorder symptoms in women following childbirth: a systematic review and meta-analysis. *Front Psychiatry*. 2018;9:591.
- Stein MT. Understanding trauma in the perinatal period: EMDR for families in distress. EMDR Europe Conference, 2021
- Kendall-Tackett, K. (2007). The psychological impact of birth experience: An underreported source of trauma in the lives of women. *Trauma Psychology Newsletter*, 2, 9–11.



REFERENCIAS

- Furuta M, Sandall J, Bick D. A systematic review of the relationship between severe maternal morbidity and post-traumatic stress disorder. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2012;12:125.
- Sentilhes L, Maillard F, Brun S, et al. Risk factors for chronic post-traumatic stress disorder development one year after vaginal delivery: a prospective, observational study. *Sci Rep*. 2017;7:8724.
- Cohen MM, Ansara D, Schei B, et al. Posttraumatic stress disorder after pregnancy, labor, and delivery. *J Womens Health (Larchmt)*. 2004;13:315–324.
- Garthus-Niegel S, von Soest T, Vollrath ME, et al. The impact of subjective birth experiences on post-traumatic stress symptoms: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16:1–10.
- Lev-Wiesel R, Daphna-Tekoah S, Hallak M. Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abuse Negl*. 2009;33:877–887.
- Schnyder, U., Ehlers, A., Elbert, T., Foa, E. B., Gersons, B. P., Resick, P. A., ... & Cloitre, M. (2015). Psychotherapies for PTSD: what do they have in common?. *European journal of psychotraumatology*, 6(1), 28186.
- Bastos MH, Furuta M, Small R, et al. Debriefing interventions for the prevention of psychological trauma in women following childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;Cd007194.



REFERENCIAS

- Priest SR, Henderson J, Evans SF, et al. Stress debriefing after child- birth: a randomised controlled trial. *Med J Aust.* 2003;178:542–545.
- Kershaw K, Jolly J, Bhabra K, et al. Randomised controlled trial of community debriefing following operative delivery. *BJOG.* 2005;112:1504–1509.
- Selkirk R, McLaren S, Ollerenshaw A, et al. The longitudinal effects of midwife-led postnatal debriefing on the psychological health of mothers. *J Reprod Infant Psychol.* 2006;24:133–147.
- Blasio PD, Camisasca E, Caravita SC, et al. The effects of expressive writing on postpartum depression and posttraumatic stress symptoms. *Psychol Rep.* 2015;117:856–882.
- Di Blasio PIC. Childbirth and narratives: how do mothers deal with their childbirth? *J Prenat Perinat Psychol Health.* 2002;17:143–151.
- Di Blasio PIC, Confalonieri E. Symptoms of postpartum PTSD and expressive writing: a prospective study. *J Prenat Perinat Psychol Health.* 2009;24:49–66.
- Horsch A, Tolsa JF, Gilbert L, et al. Improving maternal mental health following preterm birth using an expressive writing interven- tion: a randomized controlled trial. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2016;47:780–791.
- Ayers S, McKenzie-McHarg K, Eagle A. Cognitive behaviour ther- apy for postnatal post-traumatic stress disorder: case studies. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2007;28:177–184.



REFERENCIAS

- Nieminen K, Berg I, Frankenstein K, et al. Internet-provided cognitive behaviour therapy of posttraumatic stress symptoms following childbirth-a randomized controlled trial. *Cogn Behav Ther.* 2016;45:287–306.
- Shaw RJ, St John N, Lilo E, et al. Prevention of traumatic stress in mothers of preterms: 6-month outcomes. *Pediatrics.* 2014;134: e481–e488.
- Shaw RJ, Sweester CJ, St John N, et al. Prevention of postpartum traumatic stress in mothers with preterm infants: manual development and evaluation. *Issues Ment Health Nurs.* 2013;34:578–586.
- Baas, M. A. M., Stramrood, C. A. I., Dijksman, L. M., de Jongh, A., & Van Pampus, M. G. (2017). The OptiMUM-study: EMDR therapy in pregnant women with posttraumatic stress disorder after previous childbirth and pregnant women with fear of childbirth: design of a multicentre randomized controlled trial. *European journal of psychotraumatology, 8(1)*, 1293315.
- Chiorino, V., Cattaneo, M. C., Macchi, E. A., Salerno, R., Roveraro, S., Bertolucci, G. G., ... & Fernandez, I. (2020). The EMDR Recent Birth Trauma Protocol: a pilot randomised clinical trial after traumatic childbirth. *Psychology & health, 35(7)*, 795-810.
- Stevens, N. R., Miller, M. L., Soibatian, C., Otwell, C., Rufa, A. K., Meyer, D. J., & Shalowitz, M. U. (2020). Exposure therapy for PTSD during pregnancy: a feasibility, acceptability, and case series study of Narrative Exposure Therapy (NET). *BMC psychology, 8(1)*, 1-18.
- Hopper EK, Bassuk EL, Olivet J. Shelter from the storm: traumainformed care in homelessness services settings. *Open Health Serv Policy J.* 2010;3:80–100.



ENLACES DE INTERES



DISCLAIMER

- Estas presentaciones son para uso exclusivo de las alumnas y alumnos del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. No pueden ser compartidas ni reenviadas ni subidas a la red bajo ningún concepto.
- Si deseas utilizar alguna parte con fines de docentes puedes hacerlo siempre y cuando cites la fuente (autor/a@IESMP) y nos lo comuniques y/o envíes una copia del trabajo.
- Este trabajo forma parte de un libro en construcción por lo que te rogamos seas especialmente cuidadosa con el mismo. Es el resultado de infinitas horas de estudio y trabajo. Lo compartimos con el fin de facilitar la formación y el aprendizaje que en última instancia favorezca una mejor atención a las madres y los bebés.
- Gracias por tu interés y esfuerzo