

TRABAJO DE FIN DE GRADO
CURSO: 2016/2017



Universidad de Valladolid

Facultad de Enfermería

GRADO EN ENFERMERÍA

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN PACIENTES SUSCEPTIBLES DE DESARROLLAR TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN EL ÁMBITO DE LA EMERGENCIA SANITARIA

Autor/a: PABLO NÚÑEZ GARCÍA

Tutor/a: CARLOS ESCUDERO CUADRILLERO

Cotutores: GLORIA GARCÍA GARCÍA, IRENE MARTÍN DEL BOSQUE



Universidad de Valladolid

GRADO EN ENFERMERÍA
Trabajo Fin de Grado



AGRADECIMIENTOS:

Ofrezco mi más sincero agradecimiento a los dos pilares de apoyo en mi trabajo de fin de grado Carlos Escudero y Gloria García por la oportunidad de trabajar con ellos. Y reconocer sin duda alguna mi refuerzo principal Irene Martín por su participación en este proyecto.

RESUMEN (MAX 250 WORDS)

El trastorno por estrés postraumático es considerado un importante problema de salud pública y mental con gran impacto en la sociedad, de tal índole que en el último estudio realizado por la OMS en 21 países un 3,6% de la población general sufrió este trastorno en el anterior año. También añadir en cuanto a prevalencia que es mayoritario en el sexo femenino que en el masculino.

Debido a todo esto la aportación de la Dra. Shapiro en el ámbito de la psicología supuso un gran avance. Shapiro inventó la técnica de la EMDR que consiste en el reprocesamiento de la información a través de los movimientos oculares. Consta de 8 fases la técnica y se ha demostrado en numerosos estudios su eficacia frente a este trastorno.

Con todos estos precedentes he realizado un protocolo de primeros auxilios psicológicos en el ámbito de la emergencia sanitaria, con el fin de ayudar a los profesionales enfermeros en su trabajo. Dicho protocolo consta de una serie de actuaciones a realizar con una mecánica simple y fácil de manejar con el objetivo de evitar el TEPT y/o derivar a un profesional para su posterior evaluación.

PALABRAS CLAVE: Trastorno por estrés postraumático, técnica de la EMDR, primeros auxilios psicológicos.



ABREVIATURAS:

APA: American Psychological Association

DSM-V: Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

OMS: Organización Mundial de la Salud

SEAS: Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el Estrés

SETEP: Sindicato Estatal de Trabajadores de la Educación de Puebla

SPIA: Sistema de Procesamiento Adaptativo de la Información

TEPT: Trastorno por Estrés Postraumático



Contenido

INTRODUCCIÓN	1
EPIDEMIOLOGÍA	2
JUSTIFICACIÓN	5
TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	6
TÉCNICA EMDR	10
OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECÍFICOS)	13
METODOLOGÍA	14
DESARROLLO	16
ACTUACIÓN ENFERMERA	18
CONCLUSIONES	21
BIBLIOGRAFIA	22

INTRODUCCIÓN

El trastorno por estrés postraumático también denominado TEPT, es una enfermedad psiquiátrica real y existente en gran parte de la población con mayor o menor gravedad. Puede padecerlo cualquier tipo de persona, independientemente de su edad, sexo, situación social y económica, entre otras, siendo más prevalente en el género femenino debido a que la mujer tiene un mayor riesgo de exposición a aquellos traumas que están asociados a una mayor probabilidad del TEPT. Surge tras la experimentación de un evento suficientemente traumático ⁽¹⁾ como para producir un sufrimiento real o relativo en la persona. Es capaz este trastorno postraumático de afectar a distintos ámbitos de la vida cotidiana de la persona que lo sufre, ya sea a nivel personal, fisiológico, psicológico, social, laboral, emocional, familiar, etc. Esta situación se define como una alteración de la esfera biopsicosocial de la persona, afectando a su disposición para realizar su día a día y a su capacidad de adaptación en el medio en el que se desarrolla. Si no se consiguiese superar esta patología se produciría un deterioro progresivo de los ámbitos nombrados.

“El estrés postraumático o también denominado trastorno por estrés postraumático (TEPT) se puede definir como una reacción activa que se produce en aquellas situaciones en las que percibimos que no tenemos suficientes recursos para atender a las demandas” (Lazarus, 1990) ⁽²⁾.

Los principales sucesos capaces de producir un trastorno por estrés postraumático son la pérdida de seres queridos y situaciones de violencia como, actos bélicos, catástrofes, agresiones sexuales (sobre todo en mujeres), maltrato doméstico, bullying (acoso escolar) sobre todo en edades tempranas, accidentes de tráfico, terrorismo, ya sean situaciones vividas o presenciadas.



EPIDEMIOLOGÍA

Dichos eventos traumáticos son frecuentes a lo largo de la vida diaria de las personas, existiendo una prevalencia a nivel mundial de más del 20% de la población encuestada en un estudio realizado por la OMS ⁽³⁾ en 21 países que ha sido testigo de distintos actos de violencia y de más de un 18% que han padecido dicha violencia de forma directa. En otros ámbitos como accidentes, más de un 17%, situaciones bélicas en más de un 16% o eventos traumáticos en relación con seres queridos en más de un 12%. Según este estudio se estima que el 3,6 % de la población mundial ha sufrido un TEPT en el último año.

En España, según un estudio realizado en el año 2006, la prevalencia de un padecimiento de un trastorno por estrés postraumático de la población general es de un 1,95% diferenciado entre un 2,79% en relación a las mujeres, frente a un 1,06% en hombres. En España destaca el atentado del 11M en el 2004 dicha prevalencia fue de un 2,3% en relación a la población general siendo más prevalentes en las mujeres que residían en las zonas afectadas con un 7,4% ⁽²⁾.

Debido a la importancia de esta patología existen distintas sociedades como la SETEP e investigadores como la Dra. Shapiro que estudiaron sobre esta patología para dar salida a distintas soluciones que solventen este problema. La Dra. Shapiro, “Senior” en el Mental Research Institute en Palo Alto, aportó gran información sobre el estrés postraumático debido a sus investigaciones en este campo. De este modo creo de manera accidental la técnica EMDR, ya que observo que desde cierto enfoque de la patología se considera como *“un trastorno de la memoria (resultado del modo en que la información permanece en el cerebro), en el cual se produce un bloqueo del sistema de procesamiento adaptativo de la información (SPIA), no permitiendo la integración del recuerdo. De esta forma, la información relacionada con el trauma permanece encapsulada en los sistemas de la memoria implícita en forma de sensaciones, imágenes o emociones, no integrándose en la memoria explícita o narrativa. Este fracaso en procesar la información a nivel simbólico representa, para algunos autores, la base de la patología del TEPT”* (Van der Kolk, 1996) ⁽⁴⁾.

La técnica EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing o Desensibilización por Movimientos Oculares y Reprocesamiento.) fue denominada de este modo debido a que su creadora observó que tras la aparición de pensamientos perturbadores, se producía



un movimiento ocular rápido en la persona que padecía estrés postraumático y que a continuación disminuía la intensidad de la angustia asociada a los pensamientos negativos del trauma.

Estos movimientos oculares los estudio con más ahínco la doctora Shapiro en otras investigaciones y llego a la conclusión de que existe un vínculo muy fuerte entre el TEPT y la interrupción del sueño REM debido a que el estado REM contribuye al procesamiento y almacenamiento de la información en la memoria. Como parte de la investigación otra de las conclusiones obtenidas fueron que la tasa de sueño REM está íntimamente relacionada con la intensidad de las emociones negativas presentes en el sueño, por lo que a mayor intensidad de la emoción, más rápidos son los movimientos oculares. A mayores encontró una relación donde las personas que sufren TEPT estas a menuda se despiertan a causa de pesadillas interrumpiéndose así el sueño REM y derivando en la posibilidad de procesar dicha información asociada al trauma. Por otra parte encontró que los movimientos oculares estimulan el mismo proceso que ocurre en la fase REM del sueño. El enfoque que aporta la Dra. Shapiro ⁽⁴⁾ establece que frente a un TEPT, en el ámbito cerebral, aparece cierta dosis de norepinefrina creando una desincronización de ambos hemisferios cerebrales y, a su vez, una alteración de la fase REM del sueño impidiendo el procesamiento cerebral del evento traumático.

Dicha técnica de la EMDR, tiene como objetivo disminuir de manera significativa los síntomas del trastorno por estrés postraumático procesando la información procedente del evento traumático y, a su vez llevándolo a una resolución adaptativa.

La EMDR utiliza la aplicación de distintas técnicas sensitivas para estimular de forma bilateral ambos hemisferios cerebrales y conseguir la reducción de los síntomas, un cambio en las creencias y la posibilidad de funcionar de forma óptima en la vida cotidiana. Estas técnicas pueden ser visuales, auditivas y kinestésicas ⁽⁵⁾ y es realizada por profesional entrenado en EMDR, mayoritariamente psicólogos. En todo caso, cualquier persona con un buen entrenamiento en este campo y ciertas bases teóricas podría realizar la técnica de la EMDR.

Anteriormente comentado, la técnica de la EMDR ⁽⁴⁾ consta de diversas fases. Son 8 etapas, las cuales deben ser superadas con éxito una a una para conseguir avanzar paulatinamente. Dicho éxito dependerá de la preparación tanto del paciente como del profesional. En caso de no superar alguna de las fases por fracaso en los objetivos de ésta,



no será posible pasar a la siguiente etapa. En cada fase se realizará una serie de acciones y tareas entre el binomio paciente-psicólogo.

La valoración de los resultados del paciente viene determinada por la utilización de dos escalas específicas de esta técnica. La primera de ellas, denominada escala de unidades subjetivas de perturbación o SUD, y la segunda escala de validez de la creencia o VOC [Anexo I]. Con estas escalas se valorará una serie de parámetros con respecto al trauma, las cuales el paciente deberá superar para progresar hacia las fases siguientes. Una vez logradas las ocho fases, el paciente habrá adquirido las suficientes competencias para enfrentarse al trauma y poder superarlo con mayor facilidad y éxito.



JUSTIFICACIÓN

El estrés postraumático es un problema de salud pública actual que afecta a miles de personas en este momento. Por lo que, es importante buscar una solución sencilla y eficaz a dicha patología. El TEPT no solo tiene repercusiones a nivel personal, sino que afecta de diversas maneras en los diferentes ámbitos ⁽²⁾ de la persona (ámbito social, laboral, emocional, psicológico, familiar,...). Esta desadaptación al medio se refleja en una disminución o afectación de la *resiliencia* ⁽⁶⁻⁷⁾ personal. Dicho término ha adquirido gran relevancia en los últimos años, también debido al aumento de patologías que afectan a este nivel. El concepto resiliencia hace referencia al grado de adaptabilidad al entorno que tienen las personas de forma natural. Ante un suceso traumático, las personas con elevada resiliencia pueden conseguir la superación de ciertas adversidades y afrontar de forma positiva y exitosa la desadaptación originada por dicho trauma. De este modo, las consecuencias derivadas del suceso traumático no tendrán tan nefastas consecuencias. Por este motivo, es importante saber identificar a diversas personas con una baja resiliencia y enseñarles a desarrollarla de manera óptima como mecanismo de defensa ante cambios en el entorno. Aquellas personas que se recuperan de forma natural no pasan por ningún periodo de disfuncionalidad, sino que permanecen en niveles funcionales.

El papel que desempeña la enfermería en este campo es crucial para saber reconocer a pacientes que sufren de TEPT en los diferentes niveles asistenciales ya que somos en la gran mayoría de las ocasiones, los que estamos en contacto de una manera u otra, con personas afectadas por este trastorno. Un ejemplo claro son los casos de mujeres de violencia de género, debido a que son personas susceptibles de padecer un trastorno por estrés postraumático con mayores consecuencias. En esos casos, resulta imprescindible un buen entrenamiento del equipo sanitario para ser capaces de identificar estos perfiles y, ante sospecha, advertir a las autoridades del supuesto caso.

El estrés postraumático es un trastorno predispuesto a ser disuelto o disminuido para mejorar la vida de las personas gracias a la aportación de la Dra., Shapiro mediante la técnica de la EMDR. En la gran mayoría de países es utilizada esta técnica como primera línea de tratamiento para el TEPT.



TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El trastorno por estrés postraumático ⁽¹⁻²⁾ (TEPT) se caracteriza por una serie de síntomas que previenen de la experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso traumático. La persona afectada por TEPT suele responder con impotencia, terror y miedo frente a esa situación. Otros síntomas que cursan con este trastorno son la evitación de los estímulos producidos por el trauma, la activación de los mismos, el descenso de la capacidad que disponemos de reacción de cualquier tipo de evento y la reexperimentación del mismo trauma.

Este trastorno lo podemos clasificar según el DSM-V ⁽⁸⁾ (American Psychiatric Association) a través de una serie de criterios definitorios que cursan con ciertos síntomas característicos. Los criterios a definir para adultos, adolescentes y niños mayores de 6 años son los siguientes:

A. Exposición a la ocurrencia o amenaza de muerte, lesiones graves o violación sexual en una (o más) de las formas siguientes:

- 1. Experiencia directa del suceso/s traumático/s.*
- 2. Observación directa del suceso/s ocurrido a otros.*
- 3. Conocimiento de que el suceso/s traumático/s ha ocurrido a un familiar cercano o a un amigo íntimo. En los casos de ocurrencia o amenaza de muerte de un familiar o amigo, el suceso/s ha de haber sido violento o accidental.*
- 4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso/s traumático/s (p.ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato o abuso infantil).*

B. Presencia de uno (o más) de los síntomas de **intrusión** siguientes asociados al suceso/s traumático/s y que comienza tras la ocurrencia de este último:

- 1. Recuerdos angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusos del suceso/s traumático/s.*
- 2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso/s traumático/s.*



3. *Reacciones disociativas (p.ej., reviviscencias o flashbacks1) en las que la persona siente o actúa como si se repitiera el suceso/s traumático/s. (Estas reacciones se pueden producir en un continuo, y la expresión más extrema es una pérdida completa de conciencia del paciente).*

4. *Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso/s traumático/s.*

5. *Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso/s traumático/s.*

C. Evitación persistente de estímulos asociados al suceso/s traumático/s, que comienza tras este último y que se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:

1. *Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s o estrechamente asociados con este.*

2. *Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca del suceso/s traumático/s o estrechamente asociados con este.*

D. Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso/s traumático/s, que comienzan o empeoran después del suceso/s traumático/s y que se ponen de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. *Incapacidad para recordar un aspecto importante del suceso/s traumático/s (debido típicamente a amnesia disociativa y no a otros factores como una lesión cerebral, alcohol o drogas).*

2. *Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo (p.ej., “estoy mal,” “no puedo confiar en nadie,” “el mundo es muy peligroso,” “tengo los nervios totalmente destrozados”).*

3. *Cogniciones distorsionadas persistentes sobre la causa o las consecuencias del suceso/s traumático/s que hace que el individuo se culpe a sí mismo o a los demás.*

4. *Estado emocional negativo persistente (p.ej., miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza).*



5. *Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.*
6. *Sentimiento de desapego o distanciamiento de los demás.*
7. *Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas (p.ej., felicidad, satisfacción o sentimientos amorosos).*

E. Alteración importante de la activación y reactividad asociada al suceso/s traumático/s, que comienza o empeora después del suceso/s traumático/s y que se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:

1. *Comportamiento irritable y arrebatos de furia (con poca o ninguna provocación) que se expresan típicamente como agresión verbal o física contra personas u objetos.*
2. *Comportamiento imprudente o autodestructivo (p.ej., conducción peligrosa, uso excesivo de alcohol o drogas, conducta suicida o autolesiva).*
3. *Hipervigilancia a las amenazas potenciales, ya sean relacionadas con el evento traumático o no.*
4. *Respuesta de sobresalto exagerada.*
5. *Problemas de concentración.*
6. *Alteración del sueño (p.ej., dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sueño inquieto).*

F. La duración del trastorno (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.

G. El trastorno causa, de modo clínicamente significativo, malestar o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

H. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p.ej., medicamento, alcohol) o a otra afección médica.

Además de presentar alguno de estos criterios, los síntomas deberán permanecer al menos 1 mes y que la clínica descrita produzca un malestar significativo o deterioro social,



laboral, o de otras áreas importantes de funcionamiento. También podemos distinguir entre TEPT agudo ⁽¹⁾ si los síntomas duran menos de 3 meses y el trastorno crónico cuando su duración es de 3 meses o más.



TÉCNICA EMDR

Las siglas de la técnica de la EMDR ⁽⁹⁻¹⁰⁾ hacen referencia a *Desensibilización por Movimientos Oculares y Reprocesamiento*. La propia técnica es utilizada como abordaje psicoterapéutico enfocado a personas con trastorno por estrés postraumático. Aunque la mayoría de profesionales asocian este proceso a los movimientos oculares, no es del todo correcto, debido a que la EMDR es una forma acelerada de procesamiento de información que incluye una secuencia de ocho fases y numerosos elementos procedimentales que contribuyen a su éxito.

La importancia de las ocho fases de tratamiento es realmente necesaria para asegurar el correcto manejo de todos los elementos disfuncionales del problema. A continuación procederemos a describir las diferentes fases ⁽⁴⁾ y su relevancia clínica:

Fase 1:

Como todo procedimiento científico, la primera fase es la toma y recogida de datos. Obtendremos dicha información a través de una entrevista. La entrevista irá enfocada sobre el problema en cuestión; además de otros ámbitos de la persona como el ámbito social, familiar, laboral, etc.

El objetivo principal de esta primera fase es conocer a la persona para poder tomar la mejor decisión sobre cómo comenzar con el proceso de recuperación o, también denominado, sanación. Una vez acabada la entrevista, se realizará un plan de tratamiento conjunto al paciente y se decidirá cómo llevarlo a cabo.

Fase 2:

La segunda fase de la técnica EMDR es la más importante para el tratamiento debido a que es dónde se prepara al paciente para que pueda abordar el problema con éxito mediante la utilización de diferentes recursos de los que dispone. Hablamos de recursos cuando nos referimos a *estrategias de afrontamiento*, es decir, diversas maneras que adoptamos para conseguir el nivel necesario de calma y relajación y, a su vez, manejar los pensamientos, sentimientos y sensaciones que interfieran.



Este segundo periodo puede llevarse a cabo en un día o en varias sesiones clínicas. No se comenzará la técnica EMDR si el paciente no está decidido, cómodo y preparado.

Fase 3:

En este tercer período se debatirán y se aclararán los distintos aspectos que se van a trabajar, dando uso a los siguientes elementos:

- La imagen que refleja y representa el trauma.
- Lo que te hace pensar negativamente sobre ti mismo ahora (creencia negativa)
- Como desearías verte a ti mismo referente a esa situación ahora (creencia positiva)
- Tus emociones y donde se localizan las sensaciones en tu cuerpo.

En esta tercera fase, también llamada *fase de evaluación*, tiene como objetivo enseñar al paciente a medir las emociones.

Fase 4:

En la cuarta fase es donde empieza verdaderamente la técnica de la EMDR propiamente dicha. Es también denominada esta etapa *fase de desensibilización*. Se realizarán una serie de técnicas sensitivas para estimular de manera bilateral el cerebro y, a su vez, procesar la información referente al trauma. Dichas técnicas son:

- Auditivas: el terapeuta realizara una serie de sonidos en ambos oídos de manera alterna.
- Visuales: el terapeuta con la ayuda de su dedo, guiara los ojos del paciente de un lado a otro.
- Kinestésicas: el terapeuta golpeteara alternando ambos hombros u manos del paciente.

Cuando el evento escogido como diana y la información existente en los canales asociados hayan sido reprocesados, se progresará a la siguiente fase. Dicha evaluación se llevará a cabo mediante la ayuda de dos escalas [Anexo I]:

- Escala de unidades subjetivas SUD
- Escala de validez de la creencia VOC

Los resultados obtenidos en las escalas deberán ser en la VOC máximo 7 y en la SUD máximo 0. Si no se consiguieran estos resultados en las dos escalas, el paciente se



estancaría en esta fase y no progresaría a la siguiente etapa hasta conseguir los resultados deseados. Estas escalas sirven tanto al terapeuta como al paciente porque son indicativas del progreso del paciente durante el proceso EMDR.

Fase 5:

Etapa denominada *fase de instalación*, en la cual el terapeuta dirigirá al paciente hasta conseguir que la creencia positiva se conecte con lo que queda del problema. Tiene como objetivo principal conseguir que el recurso positivo se enlace con el antiguo problema derivado de su experiencia traumática y eliminarlo.

Fase 6:

Llamada también *examen corporal*. Se observará si aún queda algún malestar en alguna parte del cuerpo del paciente. Todo este examen nos servirá para asegurarse de que todo el material relacionado con el problema producido por el trauma haya sido completamente resuelto.

En la EMDR se comprueban constantemente los distintos niveles de la persona referente al material provocado en relación con el problema y si está siendo reprocesado para dejar atrás al trauma; valorando el progreso.

Fase 7

La penúltima etapa se denomina *cierre* debido a que podremos comprobar si el paciente ha conseguido alcanzar un estado de equilibrio emocional. No en todos los casos el procesamiento del trauma es completo y si fuera necesario habría que ayudar a reducir la ansiedad restante. Se deberá informar al paciente que hay una gran probabilidad de que el procesamiento se prolongue a través de los recuerdos, emociones y sueños. Por este motivo, es recomendable que nos siga informando al respecto para seguir ayudando en todo el proceso de recuperación.

Fase 8

Denominamos a esta última *fase reevaluación* y consiste en la comprobación del mantenimiento en el tiempo de los efectos conseguidos, o si ha quedado algún resquicio del evento a procesar.



OBJETIVOS (GENERAL Y ESPECÍFICOS)

- 1- General:** desarrollar un protocolo de actuación estandarizado para la atención de pacientes en emergencias sanitarias susceptibles de padecer trastorno por estrés postraumático.
- 2- Específicos:**
 - a.** Realizar una revisión bibliográfica para identificar los protocolos existentes de TEPT.
 - b.** Conocer las diferentes líneas de tratamiento para pacientes con trastorno por estrés postraumático.
 - c.** Conocer el uso de la técnica de la EMDR.



METODOLOGÍA

La metodología utilizada para la realización de este proyecto ha sido dividida en las siguientes fases:

FASES DE TRABAJO

- **Fase de documentación:** primera fase de aproximación al problema mediante:
 - ✓ Búsqueda bibliográfica de documentación sobre el trastorno por estrés postraumático, el concepto de resiliencia y las guías clínicas de la técnica de la EMDR. Las bases de datos empleadas fueron diferentes fuentes de internet tales como MEDLINE y GOOGLE ACADEMICO, y las guías de la Técnica de la EMDR aportada por los tutores.
 - ✓ Selección de datos relevantes sobre el tema de estudio procedente de la búsqueda bibliográfica elegida.
 - ✓ Uso y manejo de las guías clínicas de EMDR

- **Fase de desarrollo:**
 - Elaboración de una tabla de primeros auxilios psicológicos mediante la cual consta de una serie de acciones con una explicación de los efectos producidos y su importancia en la prevención sanitaria.
 - Criterios de inclusión y exclusión.
 - Criterios de inclusión: cualquier persona susceptible de exposición de un evento traumático, tanto como experiencia directa, observación directa o conocimiento del suceso en el ámbito de las emergencias sanitarias.
 - Criterios de exclusión: cualquier persona atendida por las emergencias sanitarias que no cumpla con los criterios de inclusión del trastorno por estrés postraumático según la APA ⁽⁸⁾ (American Psychiatric Association). Un ejemplo claro es *el de un paciente bajo la sospecha de intoxicación etílica o el abuso de otras sustancias*.
 - Recursos: Han sido necesarios diversos recursos para la realización de este estudio destacando:



Recursos materiales: el tipo de recursos utilizados lo componen un equipo informático con el software necesario para la realización y desarrollo del estudio, bases de datos bibliográficas en diferentes soportes (libros, páginas web, etc.), material fungible de oficina e impresora.

Recursos humanos: la participación de los tutores que me han ayudado con el estudio.



DESARROLLO DE LA METODOLOGÍA

Para poder realizar la elaboración de este protocolo, se ha tenido en cuenta numerosos datos y referencias bibliográficas sobre la técnica de la EMDR y el TEPT.

El enfoque hacia las emergencias sanitarias es un punto de inicio para este proyecto que a la larga se podría extrapolar a los diferentes ámbitos en los que trabaja la enfermería. Con el desarrollo de este protocolo se quiere dar a conocer que detrás de una emergencia vital se encuentra una persona susceptible de padecer trastorno por estrés postraumático debido a su alta prevalencia. Por ello con el protocolo realizado no solo evitamos y/o anulamos el posible trastorno por estrés postraumático si no que supondría también un impacto importante en la red sanitaria a nivel económico como el impacto social.

Se quiere llegar a unir dos sectores con el fin de relacionarlos entre sí, que son el sistema sanitario en el ámbito de las emergencias sanitarias y la ayuda de profesionales de la psicología. El protocolo cuenta con una tabla de acciones y efectos, como primeros auxilios psicológicos para pacientes en el entorno de las emergencias sanitarias.

Primer periodo: identificación y contacto.

- Enfermería es el primer contacto con el paciente junto con el resto del equipo médico en las emergencias sanitarias.
- Personas susceptibles de estrés postraumático están asociadas a un comportamiento de ansiedad y angustia que en cierta manera con la escucha activa y la palabra se podrían llegar a calmar.
- Por ello, el profesional que la atiende debe ser personal preparado y ser diestro en las técnicas de comunicación mediante empatía y escucha activa que permita a la persona mostrarse abierta y comunicativa creando un ambiente tranquilo y cómodo (crear relación terapéutica).
- Un buen reconocimiento del paciente supone un apoyo y ahorro para la red sanitaria debido a que las personas que sufren trastorno por estrés postraumático suelen padecer de algún diagnóstico adicional además del anterior. Estos problemas asociados ⁽¹⁾ producidos según diversos estudios suponen, depresión, trastorno de ansiedad o abuso/ dependencia de sustancias. Más concretamente dentro de los trastornos comórbidos se encuentran el trastorno de pánico, agorafobia, trastorno



depresivo mayor, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada.

- Si con nuestra actuación evitamos el posible desarrollo del TEPT y a su vez los problemas asociados fomentaríamos un área específica del trabajo de la enfermería que es la prevención.
- Para la prevención de este trastorno debemos saber reconocer las diferentes situaciones a las que se enfrenta nuestra población diana y a su vez con las actuaciones del protocolo realizar unos primeros auxilios psicológicos.
- Nuestra población diana en el ámbito de las emergencias sanitarias correspondería a las siguientes situaciones:

POBLACION DIANA	<ul style="list-style-type: none">- Accidentes de tráfico- Agresiones sexuales (violencia de género)- Catástrofes (Ejemplo: incendios, fenómenos naturales)- Terrorismo- Presenciar la muerte de un familiar o conocido- Violencia domestica- Bullying (acoso escolar)- Actos bélicos
------------------------	--

- Signos de alarma asociados al TEPT ⁽¹⁾: en los estudios realizados se han investigado una serie de predictores o factores de riesgo frente al desarrollo de este trastorno o de alguno de sus síntomas a tener en cuenta. Estos factores predecesores del trauma son: el sexo femenino, nivel socioeconómico bajo, escasa formación, ser perteneciente a una minoría, estrés vital elevado, abuso durante la infancia, amenaza percibida para la vida, falta de apoyo percibido, etc.



- Teniendo en cuenta esta serie de pautas primarias en la fase de reconocimiento de nuestra población diana, nos proporciona a la enfermería una mayor autonomía de decisión para la implantación de este protocolo.

ACTUACIÓN ENFERMERA:

- Las acciones por parte del enfermero como primeros auxilios psicológicos a realizar son las siguientes:
 1. Preguntaremos **¿qué ha pasado? y ¿cómo se encuentra?**
 - a. Con la realización de estas dos sencillas preguntas en un primer contacto haremos pensar a la persona que nos preocupamos por ellos y además conseguiremos estimular de manera bilateral los dos hemisferios del cerebro haciendo referencia a la parte racional y la parte emocional del suceso producido. Todo esto basado en la evidencia de que un paciente con TEPT produce un bloqueo del sistema adaptativo de la información y no procesa el suceso ocurrido; por lo que es un incapacitante para superar el trauma.
 2. La segunda acción es el **reconocimiento de síntomas** a través de la observación directa de agitación, miedo, evitación del contacto físico, etc.
 - a. Sabiendo reconocer estos síntomas y haciendo el uso de la palabra y expresiones tales como “no estás solo”, “estamos aquí para ayudarte” conseguiremos calmar a la persona disminuyendo su nivel de ansiedad y creando una relación terapéutica con el paciente.
 3. El último punto de la tabla trata sobre el **lenguaje utilizado** por parte del paciente.
 - a. Este funciona como indicador para darnos información de si el paciente está orientado en tiempo y espacio y su capacidad de resiliencia. Las frases más frecuentes con las que nos podemos encontrar son “no me acuerdo de nada”, ¿Dónde estoy?, ¿qué ha pasado?, “no voy a poder salir de esta”. Cuando el paciente hace uso de estas frases de manera persistente nos identifica un posible TEPT crónico.



ACCIONES		EFFECTOS
1	Se le pregunta: ¿Qué ha pasado? Y ¿Cómo se encuentra?	Se pretende conectar los dos hemisferios cerebrales, la parte emocional y la parte racional con el fin de evitar el TEPT.
2	Observación directa de síntomas de agitación, miedo exagerado ante el contacto físico, evitación del contacto visual, balanceo corporal... Se realizará el uso de expresiones por parte del profesional sanitario tales como: “no estás solo/a”, “estamos aquí para ayudarte”	A través de la palabra facilitamos el manejo del nivel de ansiedad del paciente consiguiendo así una buena relación terapéutica.
3	Escucha activa del lenguaje y las expresiones lingüísticas que utiliza el paciente: “No me acuerdo de nada” “¿Dónde estoy?”, “¿Qué ha pasado?”, “¿no voy a poder salir de esta?”	Nos indican si el paciente está orientado en tiempo y espacio entre otras y la capacidad de resiliencia o resistencia a la adversidad.

- Una vez acabada nuestras acciones procederemos a realizar un reporte en el cual escribiremos todo lo sucedido siguiendo las pautas de la tabla de acciones para adjuntar junto con la historia clínica del paciente.
 - ✓ Como describe el suceso el paciente.
 - ✓ Como se encuentra el paciente.
 - ✓ Síntomas observados.
 - ✓ Lenguaje usado.
- El reporte escrito por parte de la enfermería solo será realizado si el paciente atendido entra dentro de los criterios de inclusión y a su vez si el enfermero detecta algún



síntoma o factor de riesgo asociado al trauma como por ejemplo nivel elevado de ansiedad.

- Este reporte que se entregara al psicólogo, le servirá de apoyo y como evaluación primaria para la posible realización de la técnica de la EMDR o en su defecto de otras líneas terapéuticas derivadas del suceso traumático como ansiedad o depresión.
- Una vez realizado todo esto, se le comunicará al paciente la posibilidad que tiene de padecer un trastorno por estrés postraumático y le ofreceremos una alternativa de terapia (la técnica de la EMDR) para su evaluación y posible tratamiento.
- Estos pacientes serían derivados a la consulta de un profesional con formación para la realización de la técnica de la EMDR.
- Con la realización de estos pasos, el apoyo psicológico primario y la derivación a un profesional de la psicología conseguiremos controlar y evaluar a nuestra población diana.

Segundo periodo. Evaluación y técnica de la EMDR.

Una vez identificado nuestro paciente, será su autonomía como persona elegir si quiere o no realizar una evaluación psicológica.

En caso negativo, no sería concluyente que la persona fuera a padecer TEPT sin una evaluación previa y posterior.

En caso afirmativo, el psicólogo realizaría una primera valoración y, siguiendo sus criterios como profesional, lo introduciría o no en la técnica de la EMDR.



CONCLUSIONES

- El trastorno por estrés postraumático tiene una alta prevalencia a nivel mundial.
- Los equipos sanitarios de emergencias extrahospitalarias son los profesionales que proveen la atención inicial a víctimas de eventos traumáticos.
- A tal efecto hemos detectado la necesidad de crear un protocolo, en la actualidad inexistente en los equipos de Emergencias de Castilla y León, para la realización de unos auxilios psicológicos iniciales, como principales intervinientes.
- El protocolo ejecutado por los enfermeros de emergencias, nos permitirían detectar la susceptibilidad de padecer el trastorno por estrés postraumático de las víctimas que se han visto inmersas en un acontecimiento dramático.
- Este protocolo sería extrapolable a todos los primeros intervinientes de estas situaciones traumáticas, como son, el personal sanitario, bomberos y fuerzas de seguridad, pues no están exentos de sufrir esta patología ya que muchos de ellos lo padecen y no han sido diagnosticados.
- La terapia EMDR, que hemos comentado en este trabajo, es actualmente uno de los tratamientos más adecuados para esta patología, el conocimiento de este tratamiento psicológico por parte del profesional de Enfermería podría servir para dirigir de una manera adecuada a las víctimas desde el inicio del hecho traumático hasta el posterior tratamiento por el profesional de la Psicología.
- Uno de los beneficios de esta intervención es evitar la pérdida de pacientes que, siendo susceptibles de desarrollar esta patología, quedarían sin una atención psicológica en los estadios iniciales de esta enfermedad, lo cual provocaría la evolución mórbida de la misma.
- Referente a actuaciones futuras, se está trabajando en la integración de este protocolo en las unidades de Emergencias



BIBLIOGRAFÍA

1. Bados, A. (2015). *Trastorno por estrés postraumático*. [ebook] Barcelona Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>
2. Dongil Collado E. Comisión de estrés postraumático y malos tratos. Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés (SEAS) 2007. Disponible en internet: <https://pendientedemigracion.ucm.es>
3. Who.int. (2017). OMS | La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos. [online] Disponible en: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/
4. E, Lago Blanco E, Larraz Geijo G. EMDR: Revisión de la técnica y aplicación a un caso clínico. Mallorca; 2012.
5. EMDR I. Qué es EMDR - Tratamiento con EMDR | Instituto Español de EMDR [Internet]. Iemdr.es. 2017. Disponible en: <http://www.iemdr.es/que-es>
6. Vera Poseck B, Carbelo Baquero B, Vecina Jiménez M. La experiencia traumática desde la psicología positiva: Resiliencia y crecimiento postraumático [Internet]. 1st ed. Madrid; 2006. Disponible en : <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1283.pdf>
7. Becoña E. [Internet]. Santiago de Compostela; 2006. Disponible en: [http://aepcp.net/arc/01.2006\(3\).Becona.pdf](http://aepcp.net/arc/01.2006(3).Becona.pdf)
8. American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM-V). Washington, D.C.: American Psychiatric Association
9. Mata Gil S, Sánchez Cabaco A, Fernández Mateos L. [Internet]. 2nd ed. 2014 Disponible en: <http://www.infad.eu/RevistaINFAD/OJS/index.php/IJODAEF/article/view/431/360>
10. Leeds A. Guía de protocolos estándar de EMDR. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2011.



ANEXOS

ANEXO I

Escalas:

VoC (Validez de la Creencia):

“Cuando piensa en esa imagen (o incidente), ¿cuán verdaderas siente ahora las palabras (Repetir la CP) en una escala del 1 al 7, en donde 1 las siente completamente falsas y 7 las siente completamente verdaderas?”

Completamente falsas 1 2 3 4 5 6 7 Completamente verdaderas

Emociones/Sentimientos:

“Cuando piensa en esa imagen (o incidente) y en las palabras (Repetir la CN) ¿Qué emoción(es) siente ahora?”

SUDS: “En una escala donde 0 es ninguna perturbación o neutral y 10 es la máxima perturbación que usted pueda imaginar, ¿cuánta perturbación siente ahora?”

Sin Perturbación 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Máxima Perturbación

Extraído de: http://www.emdrhap.org/content/wp-content/uploads/2014/07/X-H_EMDR-Spanish-Materials-PAQUETE2012-CON-HISTORIA.pdf

ANEXO II

Otras líneas de tratamiento del trastorno por estrés postraumático (TEPT).

-Exposición a los estímulos internos y externos temidos. Puede aplicarse en la imaginación y/o en vivo según los casos y las situaciones considerados. La exposición también puede incluir escribir sobre los eventos traumáticos o pesadillas, escuchar grabaciones sobre descripciones de los mismos y dibujar o jugar en el caso de los niños.

- Reestructuración cognitiva, ya sea por sí sola o combinada con exposición. Resick y Schnicke (1993) han propuesto la terapia de procesamiento cognitivo [una combinación de exposición (escribir sobre el trauma y leerlo al terapeuta) y reestructuración cognitiva,



con énfasis en esta última] para víctimas de violación con TEPT, aunque esta terapia ha sido adaptada a personas con TEPT subsecuente a otros tipos de trauma. También Ehlers et al. (2005) presentan una terapia cognitiva con menos énfasis en revivir imaginablemente el trauma.

- Terapia cognitivo-conductual (TCC) más compleja que la anterior, ya que incluye otros componentes. Más adelante se presentarán varios programas multicomponentes adaptados a distintos tipos de eventos traumáticos o personas traumatizadas.

- Desensibilización y reprocesamiento mediante movimientos oculares (DRMO, Shapiro, 1995, 2001, 2004). Es un procedimiento diseñado para el tratamiento de los recuerdos traumáticos que incluye la imaginación de escenas traumáticas, la autorrepeticón de una autoverbalización negativa que resuma la valoración del trauma, la concentración en las sensaciones físicas de ansiedad y la inducción de movimientos oculares rítmicos por parte del terapeuta. Posteriormente el cliente visualiza la imagen original junto con una autoverbalización positiva que refleje el sentimiento deseado.

- Inoculación de estrés. Se enseña a los clientes habilidades (p.ej., relajación, respiración, autoinstrucciones, aserción, detención del pensamiento) para manejar tanto los agentes estresantes de la vida diaria como las reacciones desadaptativas inducidas por el trauma; incluye exposición.

Extraído de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65623/1/TEPT.pdf>