



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid

UVa

Curso 2020-2021
Trabajo de Fin de Grado

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA
EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS
PRESTADOS A LAS PERSONAS CON
TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO

ADRIÁN MONTIEL TEJERO

Tutor/a: MARÍA ÁNGELES ÁLVAREZ LÓPEZ

RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es un tipo de trastorno que se caracteriza por la aparición de un gran estrés y ansiedad tras la exposición a episodios vitales traumáticos. El individuo reacciona con miedo e impotencia, además de producirse una evocación del evento traumático en sueños o en periodos de vigilia, lo que los lleva a desarrollar procesos de evitación. Con este trabajo se pretende conocer las intervenciones de enfermería más eficaces para las personas que padecen este trastorno, y disminuir el sufrimiento, mejorar su calidad de vida y que puedan llevar una vida lo más normalizada posible. Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica de tipo narrativo de una extensa bibliografía sobre el tema, que incluye el diagnóstico de enfermería *Síndrome postraumático y las intervenciones enfermeras* identificadas para este diagnóstico. Debido a que el sistema actual de salud entiende el TEPT como una enfermedad más a tratar, y no como un trastorno con implicaciones sociales y causas particulares, es importante que los profesionales de enfermería conozcan las repercusiones que tienen sobre la salud de las personas afectadas, en sus hábitos de vida y en la convivencia familiar, para evitar la patologización de las reacciones humanas fuera del marco de la normalidad. La enfermería cobra un carácter esencial en la atención integral de estas personas, a través de estrategias y planes en relación con los cuidados adaptados a las situaciones individuales, aunque estas intervenciones tienen que evolucionar para aplicar unos cuidados adecuados, promoviendo la investigación enfermera.

Palabras clave: trastorno de/por estrés postraumático, autocuidado, sueño, enfermería.

ABSTRACT AND KEY WORDS

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is a type of disorder characterized by the appearance of great stress and anxiety after exposure to traumatic life events. The individual reacts with fear and helplessness, in addition to an evocation of the traumatic event in dreams or in waking periods, which leads them to develop avoidance processes. This work aims to know the most effective nursing interventions for people with this disorder, and reduce suffering, improve their quality of life and that they can lead a life as normalized as possible. For this, a narrative bibliographic review of an extensive bibliography on the subject has been carried out, which includes the nursing diagnosis Post-traumatic syndrome and the nursing interventions identified for this diagnosis. Because the current health system understands PTSD as one more disease to be treated, and not as a disorder with social implications and particular causes, it is important that nursing professionals know the repercussions they have on the health of the affected people. in their life habits and in family coexistence, to avoid the pathologization of human reactions outside the framework of normality. Nursing takes on an essential character in the comprehensive care of these people, through strategies and plans in relation to care adapted to individual situations, although these interventions must evolve to apply adequate care, promoting nursing research.

Key words: stress disorder, post-traumatic, self care, sleep, nursing.

ÍNDICE

1.	INTRODUCCIÓN.....	1
2.	JUSTIFICACIÓN.....	5
3.	OBJETIVOS.....	7
4.	METODOLOGÍA.....	8
5.	RESULTADOS	16
5.1.	Evolución del concepto de estrés postraumático y su epidemiología.....	16
5.2.	El Diagnóstico de enfermería <i>Síndrome Postraumático (NANDA 00141)</i> y otros diagnósticos asociados.	19
5.3.	Estudio de la efectividad de las intervenciones NIC más relevantes asociadas al trastorno de estrés postraumático.....	22
5.4.	Nuevas actividades que pudieran resultar beneficiosas para la mejoría del estado de salud de los pacientes.....	28
5.5.	DISCUSIÓN.....	32
6.	CONCLUSIONES.....	34
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	36
8.	ANEXOS.....	40
8.1.	Criterios diagnósticos del TEPT	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Descriptores de búsqueda. Fuente: Realización propia	9
Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: Realización propia.....	9
Tabla 3. Artículos seleccionados. Fuente: Realización propia	10
Tabla 4. Factores de riesgo y protección del TEPT. Fuente: Realización propia.....	18
Tabla 5. Criterios diagnósticos para el TEPT. Fuente: American Psychiatric Association	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Diagrama de selección de los artículos. Fuente: Realización propia.....	10
Gráfico 2. Porcentaje de artículos obtenidos y seleccionados en cada base de datos. Fuente: Realización propia.....	12
Gráfico 3. Porcentaje sobre el idioma en el que están escritos los artículos seleccionados. Fuente: Realización propia.....	13
Gráfico 4. Porcentaje de tipos de artículos científicos entre los seleccionados. Fuente: Realización propia.....	14
Gráfico 5. Clasificación de la evidencia de los artículos. Fuente: Realización propia.....	14
Gráfico 6. Interrelación entre diagnósticos enfermeros NANDA. Fuente: Sánchez H, Duarte G, et al.....	22

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

- APA: American Psychiatric Association
- CIE: Consejo Internacional de Enfermería
- DeCS: Descriptores de Ciencias de la Salud
- DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- IMRYD: Introducción, Metodología, Resultados y Discusión
- JCR: Journal Citation Reports
- MeSH: Medical Subject Headings
- NANDA: North American Nursing Diagnosis Association
- NIC: Nursing Interventions Classification
- PE-A: Terapia de Exposición Prolongada
- SC: Asesoramiento
- TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático
- UCI: Unidad de Cuidados Intensivos
- VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental es parte integral de la salud y el bienestar, tal como refleja la definición que figura en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.¹

Los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen no solo características individuales, tales como la capacidad para gestionar nuestros pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad.

La exposición a las adversidades a edades tempranas, es un factor de riesgo prevenible bien establecido de los trastornos mentales. Dependiendo del contexto local, algunas personas y grupos sociales pueden correr un riesgo significativamente mayor de sufrir problemas de salud mental.²

Hay factores de riesgo, como el bajo nivel socioeconómico, el consumo de alcohol o el estrés, que son comunes a los trastornos mentales y a otras enfermedades no transmisibles. Por sí sola, la depresión representa un 4,3% de la carga mundial de morbilidad, y se encuentra entre las principales causas mundiales de discapacidad (un 11% del total mundial de años vividos con discapacidad), sobre todo entre las mujeres.²

En Europa, la salud mental es una de las principales preocupaciones de la salud pública, en términos de prevalencia, de carga de enfermedad y de discapacidad.³

Respecto a la prevalencia, se estima que afectan a más de un tercio de la población europea en todos los países, siendo más prevalentes en los grupos más desfavorecidos; en términos de carga de enfermedad, estos trastornos ocupan el segundo lugar, con un 19% del total; y sobre la discapacidad, en muchos países, la depresión, ansiedad y esquizofrenia constituyen su principal causa, con la consecuente jubilación anticipada y carga económica.³

Hay que añadir, que las personas con trastornos mentales presentan tasas desproporcionadamente elevadas de mortalidad; así por ejemplo, las personas

con depresión mayor o esquizofrenia tienen una probabilidad de muerte prematura un 40% a un 60% mayor que la población general, debido a los problemas de salud física, que a menudo no son atendidos (cánceres, enfermedades cardiovasculares, diabetes e infección por VIH, etc.), y al suicidio.²

En situaciones normales de interacción con el entorno, los mecanismos psicológicos, neuronales y endocrinos de regulación interna de la persona, contrarrestan los cambios del medio interno inducidos por la ocurrencia de eventos de alto impacto psicológico y social. Sin embargo, cuando estas alteraciones superan las capacidades de adaptación y defensa del organismo, bien sea por su intensidad o por su duración, el estado de funcionamiento idóneo no puede mantenerse, favoreciéndose el desarrollo de procesos patológicos, que en algunos casos derivará en un trastorno traumático.⁴

La aparición del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), constituye un problema de gran importancia de salud pública porque afecta sobre todo a personas en un rango de edad bastante joven, lo que implica una serie de consecuencias y complicaciones que derivan en un desarrollo menor de la funcionalidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria, y en su desarrollo como persona. Es uno de los pocos trastornos psiquiátricos que se definen por su etiología más que por su sintomatología, y su inicio depende de una exposición única o repetida a un acontecimiento traumático.

La prevalencia del TEPT, al igual que el concepto, ha experimentado variaciones a lo largo de la historia, dependiendo de factores como la cultura de las personas afectadas, el tipo de evento traumático, etc., afectando sobre todo a niños, adolescentes y adultos de mediana edad. En un estudio realizado en Centroamérica en el año 2016, se habla de una tasa de prevalencia del 3,5% en la población general, este porcentaje varía en aquellos sectores de población que están expuestos a un alto índice de eventos traumáticos (soldados, civiles en zonas de conflicto, víctimas de abuso doméstico prolongado, etc.).^{5,6}

La cultura de los individuos expuestos a un evento traumático no modifica el hecho de que una población sea más susceptible que otra en el padecimiento de este trastorno, ya que depende de los factores personales de cada individuo; pero sí puede llegar a intervenir en la expresión de ciertos síntomas, sobre todo

aquellos que tienen relación con la evitación, los síntomas de entumecimiento, los sueños angustiosos o los síntomas somáticos. Por ello el abordaje de este trastorno debe incluir una valoración de la **diversidad cultural** con la que se pudiera reflejar las condiciones culturales por las que rige la población a la que pertenece.

En lo que se refiere a la exposición a eventos traumáticos, se concluye que más de la mitad de la población adulta y dos de cada tres niños (menores de 16 años) se han visto expuestos a algún tipo de dicho evento, aunque de éstos últimos, solo un 13% padecen recuerdos y síntomas angustiantes, destacando entre ellos, los niños que han sufrido la muerte violenta de un familiar o son víctimas de abuso sexual. Las estadísticas indican que entre el porcentaje de individuos que experimentaron abuso sexual y abuso físico infantil, se vieron afectados el doble de mujeres que hombres.⁵

Por otro lado, este trastorno está estrechamente relacionado con el **riesgo de suicidio**, sobre todo en los casos en los que el evento traumático es un abuso infantil, y aunque se asocia con la ideación suicida y con los intentos de suicidio, no es hasta una evolución prolongada del trastorno, en el que la persona tiene la ideación final con el plan de suicidio.

Por último cabe destacar, que el TEPT está estrechamente relacionado con **otros tipos de enfermedades mentales**, siendo un 80% más propensos a padecer otro tipo de trastornos (ansiedad, depresión, trastorno bipolar o trastorno por consumo de sustancias). La comorbilidad de los trastornos de abuso de sustancias o de conducta con este trastorno, es más común en hombres que en mujeres; además de que los veteranos de guerra junto con este trastorno, un 48% de los casos presenta algún tipo de lesión cerebral.⁶

Todo este conjunto de situaciones y hechos que caracterizan al TEPT, sitúan a las enfermeras en la necesidad de establecer un contacto directo con este tipo de pacientes en todas las etapas por las que puedan recorrer las personas afectadas por un trauma.

Por todo ello, es fundamental que los profesionales sanitarios, y particularmente las enfermeras, adquieran de una serie de habilidades de manejo, comprensión e intervención, con el objetivo de aplicar los cuidados que integren sus

necesidades, y se colabore en la mejoría y recuperación de las personas afectadas.

Aunque el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), fomenta la relación entre las enfermeras y los entes gubernamentales para establecer una política de no violencia, hay todavía muchas naciones con conflictos internos y externos que impiden la aplicación de cuidados en personas con TEPT, es decir, que no se pueden desarrollar intervenciones ni planes de cuidados en personas afectadas por la situación política de sus respectivos países, por lo que se propone a nivel internacional, la formación de los profesionales de la salud en este campo.⁷

La sociedad científica de Enfermería de carácter internacional, NANDA⁸ (North American Nursing Diagnosis Association), ha desarrollado el diagnóstico de enfermería en el que se basa este trabajo: *Síndrome postraumático (código NANDA 00141)*, que viene definido como la “*persistencia de una respuesta desmedida y desadaptada a un acontecimiento traumático*”. Este diagnóstico fue aprobado en 1986, además de ser valorado en posteriores revisiones, hasta que en la edición de 2017 inicia su declive, y en la última edición *NANDA (2021-2023)*, aun sin publicar en España, se determina que será retirado en la nueva edición, al no cumplir los criterios de definición de síndrome, situación conocida durante el proceso de investigación de este trabajo.⁸

Asimismo, la Clasificación de Intervenciones de Enfermería *NIC*, lenguaje completo y estandarizado que permite describir los tratamientos que las **enfermeras** administran en todos los escenarios posibles y en todas las especialidades ⁹, desarrolla determinadas intervenciones y actividades para la atención a las personas con TEPT, siendo el objeto de la presente investigación, el estudio de eficacia de las mismas, ya que debido a los recientes y constantes cambios relacionados con este trastorno, junto con la disparidad de opiniones en su aplicación e importancia, se hace necesario profundizar en su estudio, con el fin de esclarecer estos aspectos e identificar aquellas intervenciones más eficaces, dentro de un marco general de situaciones traumáticas y establecer unas bases de actuación comunes frente a este trastorno, para disminuir el sufrimiento, mejorar el estado de salud y que puedan llevar una vida lo más normalizada posible.

2. JUSTIFICACIÓN

El TEPT es un tipo de trastorno que se caracteriza por la aparición de un gran estrés y ansiedad tras la exposición a episodios vitales traumáticos. Estos episodios traumáticos pueden incluir tanto al testigo como a la víctima que pueden verse visto envueltos en crímenes o accidentes violentos. El individuo reacciona con miedo e impotencia, además de producirse una evocación del evento traumático en sueños o en periodos de vigilia, lo que lleva a las personas con este trastorno a desarrollar unos procesos de evitación, de personas, acontecimientos y lugares, mediante los que consigue evadirse del trauma.¹⁰

El concepto del TEPT ha evolucionado en su clasificación y pertenencia a grupos concretos de enfermedades, desde considerarse un problema específico para un evento traumático concreto, a incluirlo dentro de las patologías de la ansiedad, hasta el momento actual, que ha sido agrupado en un apartado específico y diferenciado del resto, en los trastornos relacionados con los traumas.

La incidencia a lo largo de la vida del TEPT se encuentra en torno al 9% al 15%, con una prevalencia aproximada del 8% en la población general. Cabe destacar que de este último porcentaje, de un 5% a un 15% adicional pueden experimentar síntomas leves del trastorno. Por otro lado, esta prevalencia es mayor en mujeres (10%) que en hombres (4%), y las causas que afectan más a las mujeres corresponden con experiencias de agresión y violación, mientras que las que más afectan a los hombres son las experiencias de combate. El TEPT suele afectar más a los adultos jóvenes, ya que tienden a estar más expuestos a las situaciones que precipitan este trastorno, al igual que las personas en situación de soledad y desamparo.¹⁰

Por todo ello, desde el punto de vista del tratamiento integral del paciente, y desde una perspectiva bio-psico-social, cobra una gran importancia el papel de la enfermería, responsable de los cuidados y programas de salud, para facilitar a las personas con TEPT, el desarrollo del proceso de autocuidado, que aumente las estrategias de afrontamiento, los aspectos positivos individuales, así como los recursos físicos, intelectuales y sociales. En esta investigación, se intenta estudiar la evidencia que hay detrás de algunas de las intervenciones utilizadas por los profesionales de enfermería, y a su vez, motivado por las características sociales y personales que giran en torno a este diagnóstico médico, colaborar en

el abordaje de este problema de salud, el cual requiere intervenciones enfermeras que hagan a estos pacientes mejorar su calidad de vida, y les ayude a recuperar cuanto antes su salud.

3. OBJETIVOS

General:

- Conocer si en los planes de cuidados para las personas con Trastorno de Estrés Postraumático, las intervenciones que realiza la enfermera asociadas al diagnóstico de enfermería *Síndrome postraumático*, disminuye el sufrimiento, ayuda a asumir mayor responsabilidad en el autocuidado y mejora su calidad de vida.

Específicos:

- Explorar la evolución del concepto de estrés postraumático y su epidemiología, con la intención de conocer su impacto en la calidad de vida de las personas que lo padecen.
- Analizar las intervenciones de enfermería en el tratamiento del estrés postraumático.
- Valorar la efectividad de las diferentes actividades que se realizan en los pacientes con este tipo de trastorno.
- Investigar nuevas actividades que pudieran resultar beneficiosas para la mejoría del estado de salud de los pacientes.

4. METODOLOGÍA

La metodología empleada para la consecución de los objetivos marcados en el presente trabajo, ha consistido en una revisión narrativa sobre el *Trastorno de Estrés postraumático*, el diagnóstico de enfermería *Síndrome postraumático* y las intervenciones enfermeras NIC identificadas para este diagnóstico: “*Control del estado de ánimo (5330)*”, “*Llevar un diario (4740)*”, “*Mejorar el afrontamiento (5230)*”, “*Asesoramiento (4240)*”, “*Educación para la salud (5510)*”, “*Facilitar la autorresponsabilidad (4480)*”, “*Terapia de actividad (4310)*”, “*Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza (0201)*”, “*Fototerapia: regulación del biorritmo (6926)*”, “*Información preparatoria sensorial (5580)*” y “*Aumentar los sistemas de apoyo (5440)*”. Con esta investigación se pretende analizar, valorar e interpretar la información científica publicada recientemente, sobre los cuidados e intervenciones más efectivos para las personas que padecen este trastorno, la formulación de conclusiones globales basadas en las investigaciones analizadas, y las implicaciones prácticas de los conocimientos identificados.

El trabajo se inicia con el diseño de una estrategia de búsqueda bibliográfica, y para ello se formula la pregunta de investigación, a través de la metodología PICO, que es una pregunta estructurada, dividida en componentes.

“*¿Las intervenciones de enfermería dirigidas a las personas con un trastorno de estrés postraumático, les permite afrontar los cambios de la vida de una manera más adaptativa, y produce una mejoría en su estado de salud?*”.

En una etapa siguiente se realiza la búsqueda de artículos, libros y publicaciones científicas relacionadas con el tema de estudio, para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada.

Para la recopilación de la información científica en las bases de datos más relevantes, se seleccionaron una serie de términos de búsqueda, tanto en castellano como en inglés, que fueron controlados y establecidos mediante los descriptores de Ciencias de la Salud DeCS (*Trastorno de/por estrés postraumático, autocuidado, sueño y enfermería*), términos MeSH (*stress disorders, post-traumatic, self care, sleep y nursing*) (Tabla 1) y la combinación con el operador booleano “AND”, para obtener registros de los términos introducidos.

Tabla 1. Descriptores de búsqueda. Fuente: Realización propia

Descriptores	
Castellano	Inglés
Trastorno de/por estrés postraumático	Stress disorders, post-traumatic
Autocuidado	Self care
Sueño	Sleep
Enfermería	Nursing

Para esta revisión, se han utilizado tres bases de datos diferentes: **PubMed**, **SciELO** y **Cochrane Library**.

La búsqueda bibliográfica abarcó un periodo de cinco meses, entre octubre del año 2020 y febrero del año 2021.

La totalidad de los estudios que han sido incluidos, han sido publicados en los últimos **cinco años** (2015-2020) con la intención de aportar a este trabajo información actualizada.

Se intentó buscar estudios de evidencia, tanto cualitativa como cuantitativamente y todos los tipos de metodología, para conocer todo lo existente en la literatura referente a los cuidados de enfermería relacionados con el trastorno de estrés postraumático. No se excluyeron aquellos artículos que no siguen el formato IMRYD (introducción, metodología, resultados y discusión).

En una primera búsqueda, se localizaron un total de **628 artículos**, seleccionando aquellos que tenían relación directa con el tema tratado o que tuvieran alguna información útil para la misma, obteniendo un total de **63 artículos**. Posteriormente y en una 2ª fase, para proceder a una selección más específica, se establecieron una serie de criterios de exclusión e inclusión, reflejados en la Tabla 2:

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión. Fuente: Realización propia.

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none"> - Estudios y revisiones realizadas sobre intervenciones relacionadas con el diagnóstico de enfermería <i>Síndrome postraumático (00141)</i> de cualquier causa. - Artículos escritos en español o inglés. - Artículos con un nivel de evidencia entre 1 y 4.¹¹ - Artículos con un grado de recomendación "A".¹² - Artículos cuyas actividades sean realizables por una enfermera. 	<ul style="list-style-type: none"> - Artículos publicados antes del año 2015. - Artículos cuyo únicos sujetos de estudio sean sanitarios o estudiantes del ámbito de la sanidad. - Artículos que traten de intervenciones no realizables por enfermeras.

Finalmente se seleccionaron **17 artículos**.

Este proceso se describe en el siguiente diagrama de flujo (Gráfico 1):

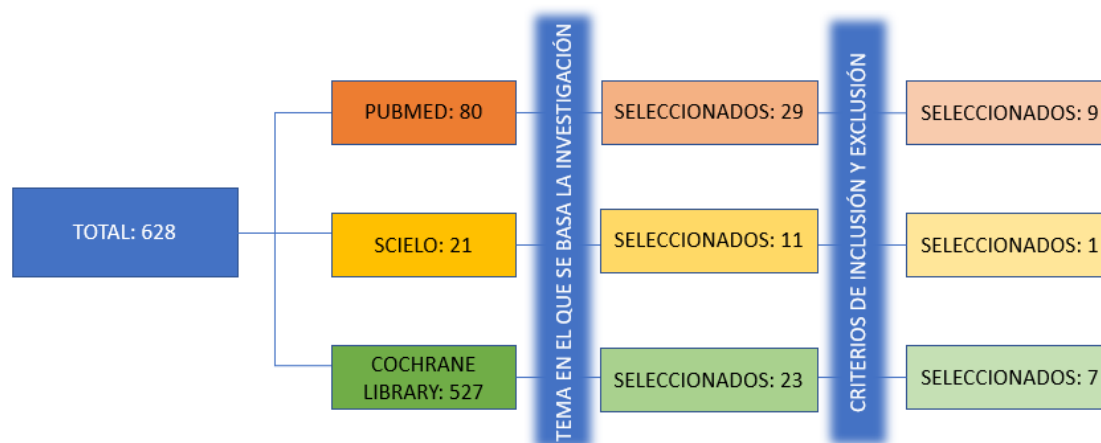


Gráfico 1. Diagrama de selección de los artículos. Fuente: Realización propia

En la Tabla 3, se recoge la selección completa de los artículos a revisar, donde se refleja toda la información en relación con las características propias de cada uno de ellos, el idioma, el tipo de artículo científico y la base de datos.

Tabla 3. Artículos seleccionados. Fuente: Realización propia

Título del artículo	Autor	Idioma	Tipo de artículo	Año de publicación	Base de datos
<i>Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit</i>	Hu RF, Jiang XY, et al	Inglés	Revisión sistemática	2015	Cochrane Library
<i>Present-centered therapy (PCT) for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults</i>	Belsher BE, Beech E, et al	Inglés	Revisión sistemática	2019	Pubmed
<i>Mental ill health in homeless women: a review</i>	Duke A, Searby A	Inglés	Revisión sistemática	2019	Pubmed
<i>Resilience, Post-traumatic stress, and Posttraumatic Growth: Veterans and active duty military members coping trajectories following traumatic event exposure</i>	Caroline M. Angel	Inglés	Revisión narrativa	2016	Pubmed
<i>Effect of relatives' intensive care unit diaries on post traumatic stress in patients and relatives (DRIP-study): A mixed methods study</i>	Nielsen AH, Angel S, Egerod I.	Inglés	Estudio de serie de pacientes	2020	Pubmed

<i>How diaries written for critically ill influence the relatives: a systematic review of the literature</i>	Nielsen AH, Angel S.	Inglés	Revisión sistemática	2015	Pubmed
<i>Cuidados en el síndrome postraumático por violencia de género: a propósito de un caso clínico</i>	Sánchez H, Duarte G, et al	Español	Reporte de caso	2017	Pubmed
<i>Enfermería y estrés postraumático: propuesta de cuidado en el posconflicto</i>	Ballesteros CF.	Español	Revisión sistemática	2020	Scielo
<i>A pilot and feasibility randomised controlled study of Prolonged Exposure Treatment and supportive counselling for post-traumatic stress disorder in adolescents: a third world, task-shifting, community-based sample</i>	Rossuw J, Yadin E, et al.	Inglés	Estudio clínico aleatorizado	2016	Cochrane Library
<i>Use of Social Media Among Individuals Who Suffer From Post-traumatic Stress: A Qualitative Analysis of Narratives</i>	Salzmann M, Hiçdurmaz D.	Inglés	Revisión narrativa	2016	Pubmed
<i>Information or education interventions for adult intensive care unit (ICU) patients and their carers</i>	Lewis SR, Pritchard MW, et al.	Inglés	Revisión sistemática	2018	Cochrane Library
<i>Delivery of self training and education for stressful situations (DESTRESS-PC): a randomised trial of nurse assisted online self-management for PTSD in primary care</i>	Engel CC, Litz B, et al.	Inglés	Estudio clínico aleatorizado	2015	Cochrane Library
<i>The Effect of Physical Activity on PTSD</i>	Oppizzi LM, Umberger R.	Inglés	Revisión sistemática	2018	Pubmed
<i>A Wearable Morning Light Therapy for Post-traumatic Stress disorder</i>	Zalta A, Valdespino Z, et al.	Inglés	Estudio clínico aleatorizado	2017	Cochrane Library
<i>Nocturnal Olfactory Stimulation for Improvement of Sleep Quality in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Exploratory Intervention Trial</i>	Schäfer L, Schellong J, et al.	Inglés	Estudio clínico aleatorizado	2019	Cochrane Library
<i>Psychological Outcomes following a nurse-led Preventive Psychological Intervention for critically ill patients (POPPI): protocol for a cluster-randomised clinical trial of a complex intervention</i>	Richards-Belle A, Mouncey PR, et al.	Inglés	Estudio clínico aleatorizado	2017	Pubmed

<i>A placebo-controlled pilot study of a wearable morning bright light treatment for probable PTSD</i>	Zalta A, Bravo K, et al.	Inglés	Estudio clínico aleatorizado	2018	Cochrane Library
---	--------------------------	--------	------------------------------	------	------------------

Del total de los artículos seleccionados, el 53% fueron obtenidos a través de la base de datos *Pubmed*, el 41% en *Cochrane Library* y el 6% en la base de datos *Scielo*. En todos ellos se aplicaron los filtros: ***Título/Abstract*** y ***Realizados en los últimos 5 años***.

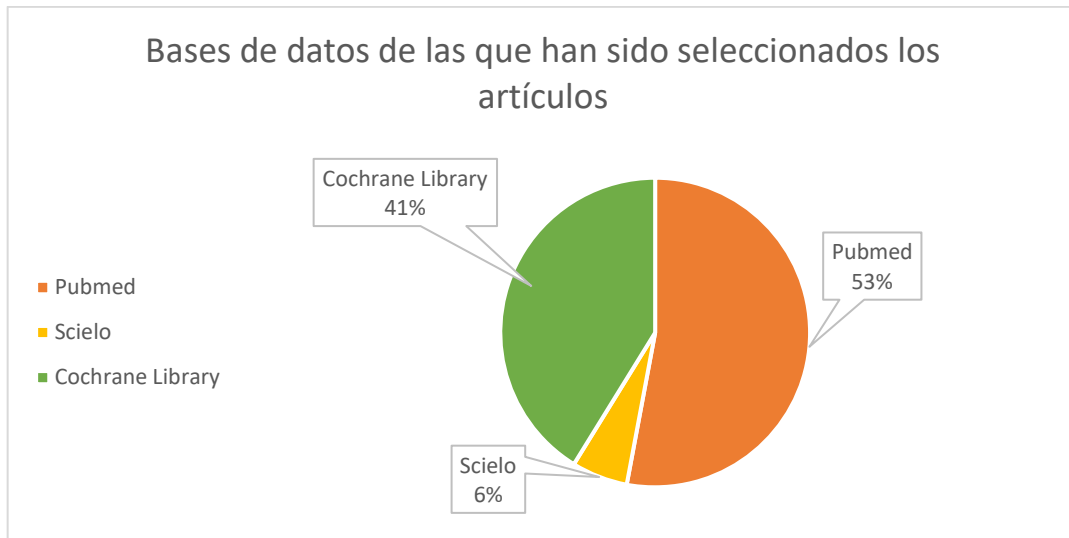


Gráfico 2. Porcentaje de artículos obtenidos y seleccionados en cada base de datos. Fuente: Realización propia

Por otro lado, cabe destacar que había una gran pretensión por incorporar artículos escritos en español, con el objetivo de facilitar la comprensión del autor, pero los resultados no fueron tan cuantiosos como se esperaba, ya que el 88% de los artículos estaban escritos en inglés, debido a que provienen de países angloparlantes y de otros países europeos, como Dinamarca. No obstante, toda la información obtenida puede ser extrapolable a la población española, ya que no interfiere tanto la población, como podría hacerlo la causa que produce el TEPT.

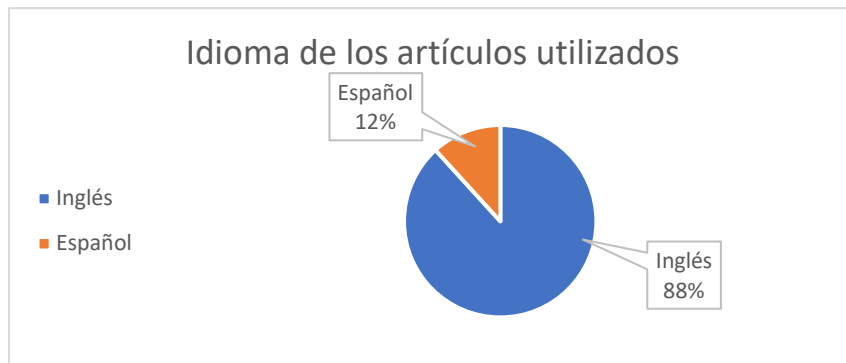


Gráfico 3. Porcentaje sobre el idioma en el que están escritos los artículos seleccionados.

Fuente: Realización propia

Por último se analizó el tipo de artículos científicos, con el objetivo de estudiar las cualidades y características propias de cada uno de ellos, además de las posibles aportaciones a la investigación.

- Un 42% de los artículos corresponden a **Revisiones Sistemáticas**, ya que realizan una síntesis de los resultados obtenidos de varios estudios independientes sobre el TEPT.
- El 35% se corresponden con **Estudios clínicos aleatorizados**, porque se realiza un estudio de un efecto sobre dos grupos poblacionales iguales distribuidos aleatoriamente.
- Un 12% son **Revisiones narrativas**, en la que se estudian los resultados obtenidos en diferentes investigaciones, pero posteriormente, es el propio investigador el que decide cual puede ser la información de interés para ésta.
- Por último, el 6% de los artículos corresponden a **Reportes de casos** (descripción de un caso clínico con las que se estudian tratamientos, cuidados y diagnósticos) y **Estudios de serie de pacientes** (estudio de un grupo de personas con algún diagnóstico similar o que están siendo sometidas a un mismo tratamiento) respectivamente.¹³

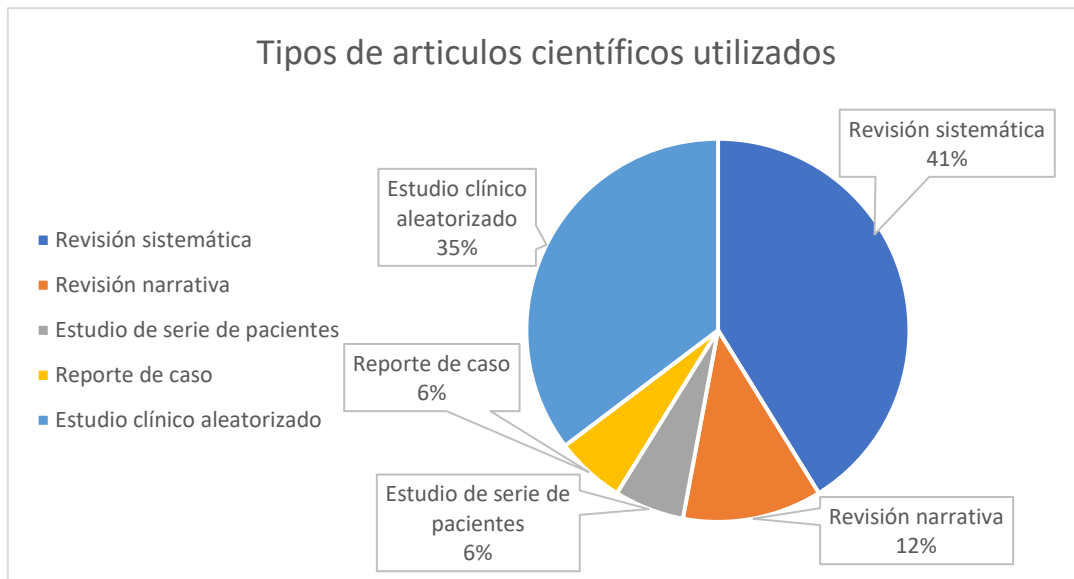


Gráfico 4. Porcentaje de tipos de artículos científicos entre los seleccionados. Fuente: Realización propia

Por ello, se concluye que los artículos encontrados corresponden a un nivel de evidencia de entre 1 y 4, lo que hacen que sean aptos en función de los criterios de inclusión establecidos anteriormente. Además, del total de artículos seleccionados, 15 provienen de revistas que en el momento de la publicación, se encontraban entre el primer y tercer cuartil en el ranking de relevancia de revistas en su temática, y con un factor de impacto anual de entre 1,156 y 7,890, tal y como se refleja en la Guía de Impacto JCR.¹⁴

Cabe señalar que dos de los artículos, más concretamente los escritos en español, no pudieron encontrarse dentro de este rango de evidencia.

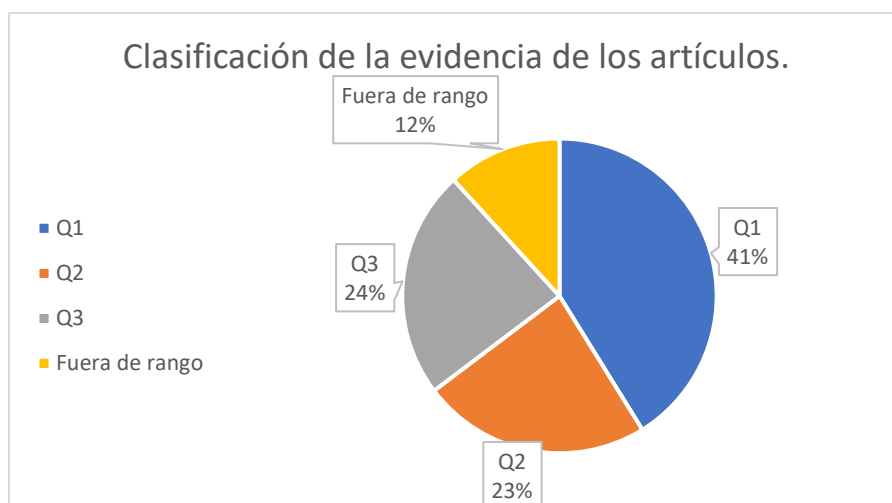


Gráfico 5. Clasificación de la evidencia de los artículos. Fuente: Realización propia.

Además de los artículos encontrados en las bases de datos, se ha revisado una extensa bibliografía compuesta por artículos, obtenidos de las suscripciones de la Universidad de Valladolid con algunas revistas y editoriales, y libros de referencia en el ámbito de la psiquiatría, facilitados por la tutora.

Los materiales que han sido necesarios para la realización de esta revisión se han basado en los medios informáticos disponibles por el autor, destacando como una de las herramientas que ha resultado más útil para este trabajo el gestor bibliográfico Mendeley, con el que gracias a la suscripción de la Universidad, se pudieron aprovechar sus ventajas y facilidades para la organización y selección de los artículos.

5. RESULTADOS

5.1. Evolución del concepto de estrés postraumático y su epidemiología

El **concepto** de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) **ha ido evolucionando a lo largo de la historia** en su clasificación y pertenencia a grupos concretos de enfermedades, desde considerarse un problema específico para un evento traumático concreto, a incluirlo dentro de las patologías de la ansiedad, hasta el momento actual, que ha sido **agrupado en un apartado específico** y diferenciado del resto, en los trastornos relacionados con los traumas.

Si bien la mayor cantidad de descripciones clínicas de cuadros que corresponden al actual concepto de TEPT fueron publicadas durante el siglo XX, también debe tenerse en cuenta que **los primeros relatos de esta enfermedad provienen de la Grecia Clásica**, donde *Hipócrates* ya mencionaba pesadillas relacionadas con los combates en soldados supervivientes a ciertas batallas, y *Heródoto* da cuenta en su *Tratado sobre la Historia*, de los síntomas que presentaban los soldados que habían participado en la Batalla de Maratón.¹⁵

Pero tal y como reflejan Kaplan y Sadock (1997), no fue hasta la **Guerra Civil de los Estados Unidos**, donde Silas Weir Mitchell¹⁶ observa una serie de síntomas relacionados con traumas, en veteranos de guerra y en mujeres civiles que se automedicaban abusando del alcohol y opiáceos.¹⁷

A raíz de estos acontecimientos, en el **siglo XX** se crea un debate entre dos grupos diferenciados, en el que por un lado, algunos autores consideraban que **el origen de este problema radicaba en una base orgánica y estructural**, mientras que otros, como Jean Charcot, pensaban que tenía un **origen psicogénico**; debate que actualmente no ha sido del todo resuelto.¹⁷

En un origen, a principios de siglo XX, esta enfermedad se le denominaba "*neurosis traumática*", que analizado mediante la teoría psicodinámica prevalente en la época, se producía por un conflicto no resuelto en un sujeto predispuesto, es decir, que la persona padecía este tipo de trauma debido a conflictos de la infancia, que se mantenían latentes en la conciencia, pasando el estresante que lo desencadenaba, a un segundo plano.¹⁷

Debido a la gran cantidad de conflictos armados que se produjeron durante el ese mismo siglo, el concepto de trauma evolucionó, siendo en la **Primera Guerra Mundial** denominado “*shock de bombardeo*” o “*corazón del soldado*”; o en la **Segunda Guerra Mundial** como “*fatiga operativa*” o “*neurosis de combate*”, denominada por Abraham Kardiner (Kaplan y Sadock, 1997) en 1941¹⁸ como “*fisioneurosis*”, y estableciendo el primer grupo de criterios operativos de síntomas comunes de la enfermedad: vida onírica atípica, preocupación por el trauma, constricción de la personalidad, respuesta de sobresalto e irritabilidad.¹⁷

Por ello, debido tanto a la Segunda Guerra Mundial, que en las víctimas supervivientes de los campos de concentración se diagnosticó el llamado “*síndrome del campo de concentración*”, como al incendio del club nocturno El Cocotal, en 1941, donde se estudiaron las reacciones psíquicas de los familiares de los jóvenes que murieron abrasados en dicha discoteca, **se incluyó el trauma psicológico** en la 1ª edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM), de **1952**.¹⁷

En la actualidad, el TEPT se define como la **condición psiquiátrica** que se puede **producir en individuos que se han visto expuestos a un evento traumático** destacando síntomas como: **reexperimentación del evento traumático por pesadillas o flashbacks**, **evitación de personas o situaciones** que evocan en la memoria el trauma, **creencias o sentimientos negativistas**, y **síntomas de hiperactividad** (hipervigilancia, problemas para dormir, etc.)¹⁹. En lo referente a los motivos que lo causan, hay que resaltar que no solo se produce ante situaciones de violencia o conflictos bélicos, sino **que se puede relacionar con cualquier tipo de experiencia impactante** (guerras, terrorismo, abuso, violación, negligencias infantiles, desastres naturales, lesiones, muerte, etc.)²⁰ **que pudiera resultar traumática para una persona**, es decir, cualquier contexto que pudiera producir una “herida psicológica”⁷ que deriva en una **incapacidad en el ámbito social, laboral u otras áreas importantes** en la relación persona-entorno²¹. Por otro lado, los eventos traumáticos también pueden ocurrir de forma indirecta, a través de la vivencia de la muerte o daño de un ser querido.²⁰

Existen una serie de factores de riesgo y protección que intervienen en diferentes partes del proceso de aparición de este trastorno.

Tabla 4. Factores de riesgo y protección del TEPT. Fuente: Realización propia

<p>Factores pretraumáticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TEMPERAMENTALES: consisten en los problemas emocionales que se han producido en la infancia (en torno a los 6 años) y a los trastornos mentales previos a la aparición del TEPT. - AMBIENTALES: el bajo nivel socioeconómico, la educación escasa, exposición a traumas previos, la adversidad durante la niñez (necesidades económicas, problemas funcionales familiares, separación o muerte de los padres, etc.), las características culturales, una deficiencia intelectual, la pertenencia a la una condición racial minoritaria u oprimida, y antecedentes psiquiátricos familiares. Por otro lado, un buen apoyo social antes de la exposición al trauma supone un efecto protector del TEPT. - GENÉTICOS Y FISIOLÓGICOS: pertenecer al género femenino y una edad más joven en el momento en el que se produce el evento traumático.
<p>Factores peritraumáticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - AMBIENTALES: la gravedad del trauma (cuanto mayor sea la magnitud del evento traumático, mayor será la probabilidad de padecer TEPT), peligro vital percibido, lesiones personales producidas en el evento y la violencia interpersonal (destacando los eventos traumáticos que son realizados por un cuidador). Lo que se refiere al personal militar, también se ha de tener en cuenta el hecho de ser el autor o testigo de atrocidades, o de matar a otro individuo.
<p>Factores postraumáticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - TEMPERAMENTALES: las evaluaciones negativas, las estrategias de afrontamiento inadecuadas y el desarrollo de un trastorno de estrés agudo. - AMBIENTALES: la exposición a recuerdos molestos y repetitivos, nuevas exposiciones a otros eventos traumáticos, y pérdidas (familiares, financieras, etc.). Un buen apoyo social conforma un buen factor protector que puede llegar a moderar los efectos producidos por el trauma.⁶

Por otro lado, hay autores que consideran que **la propia definición** de este concepto como “*Trastorno*” **es inadecuada**, ya que en las personas afectadas puede producir un rechazo a recibir tratamiento ante la gran estigmatización que existe de las enfermedades mentales, por lo que se busca en ciertos círculos sociales de la salud mental, el **cambiarlo por “lesión”**, apoyado por aquellos psiquiatras que se basan en los cambios fisiológicos (modificación de biomarcadores y lesiones cerebrales traumáticas) que se producen en el cerebro ante una exposición a un evento traumático.²²

Cabe destacar que **esta iniciativa no ha sido apoyada** por la *American Psychiatric Association (APA)*, ya que los métodos actuales para el diagnóstico del trastorno, se basan en listas de verificación realizadas por los mismos pacientes y en exámenes psicológicos.

Ante este problema, es necesario entender lo fundamental que es la Atención Primaria en el tratamiento de estos pacientes, porque:

- Facilita una temprana identificación de aquellas personas que pudieran necesitar tratamiento del TEPT.
- Tiene una gran capacidad de atención en cuanto a salud mental, permitiendo el acceso a estos servicios a un mayor grupo de población en comparación con la atención especializada, la cual es dirigida solo a ciertos grupos específicos de la sociedad.
- Constituye un entorno de tratamiento aceptable, en el que aquellos pacientes que se pudieran sentir estigmatizados o coartados puedan llegar a sentirse cómodos para iniciar su tratamiento.²³

Sobre la causalidad de este trastorno, en las **mujeres** suele producirse en los casos de **agresiones o violaciones**, mientras que en los **hombres** está más relacionado con **situaciones de combate**. Por otro lado, **tiende a afectar** más a **solteros, divorciados o viudos**, además de a **personas socialmente retraídas** o con un nivel socioeconómico bajo. También se identifican ciertos patrones familiares, en los **individuos cuyos familiares de primer grado tienen antecedentes de depresión**, presentando un mayor riesgo de padecer TEPT tras un acontecimiento traumático.¹⁰

Se estima que la incidencia del TEPT a lo largo de las diferentes etapas de la vida es de entre el 9% y el 15% (en el año 2015), además de tener una **prevalencia de aproximadamente del 8%**, aunque solo desarrolla síntomas subclínicos entre un 5% y un 15%. Hay que destacar que **las mujeres se ven más afectadas que los hombres** (un 10% frente a un 4%), además de que es **más prevalente en adultos jóvenes** ya que tienden a estar más expuestos a situaciones traumáticas.¹⁰

5.2. El Diagnóstico de enfermería *Síndrome Postraumático (NANDA 00141)* y otros diagnósticos asociados.

En el tratamiento del TEPT cobra una gran importancia la implicación del equipo multidisciplinar, por lo que **las competencias de la enfermería cobran un carácter esencial e indispensable en la intervención integral de estos pacientes**, a través de las estrategias de cuidado que permitan un mejor afrontamiento de las actividades básicas que pudieran llegar a realizar, además de favorecer el proceso de autocuidado. Por ello, **la enfermería debe liderar planes y proyectos** en relación con los cuidados adaptados a las situaciones

propias de cada paciente, que en ocasiones deberán de realizarse en zonas conflictivas.

Entre los programas realizables por los profesionales de enfermería debe de tener cabida la **sensibilización y prevención del TEPT**, en donde es importante que la enfermera sea capaz de empatizar con el sufrimiento de las personas cuando se presentan ante ellas, ya sea para prevenir o para ayudar en su recuperación²⁴ sin olvidar la especial protección que necesitan aquellos grupos con mayor riesgo de padecer este tipo de trastornos, como son las personas que han participado en las guerras, y las personas abusadas sexualmente.²⁵

Este proceso debe ser adecuado a la categoría profesional de la enfermería, lo que implica la adjudicación de una serie de diagnósticos *NANDA* (North American Nursing Diagnosis Association) con los que poder realizar un plan de cuidados adecuado y personalizado a cada paciente, desarrollando una serie de intervenciones para lograr los objetivos propuestos.

El diagnóstico principal para estos pacientes es *00141 Síndrome postraumático*, definido como *la persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador*.⁸

Los diagnósticos de enfermería “síndromes”, tienen entidad propia dentro la taxonomía *NANDA*. Aunque son poco utilizados, son muy completos, ya que los “síndromes” a su vez, engloban diagnósticos reales o de riesgo. La presencia de un diagnóstico de síndrome no excluye la presencia de otros diagnósticos de enfermería no incluidos en dicho diagnóstico de síndrome. En su mayoría, son utilizados ante una situación compleja, que requiere la realización de valoraciones e intervenciones de enfermería expertas.²⁶

La evidencia nos dice que se debe **usar este diagnóstico con precaución**, ya que identifica una situación que suele **requerir unos cuidados en colaboración**, pudiendo estar indicado formularle cuando el síndrome pueda ser controlado, reducido o eliminado, modificando las conductas inapropiadas o determinados factores externos, **con independencia de que simultáneamente, la persona esté siendo tratada por otro profesional**.

Se desaconseja utilizarla cuando no sea posible incidir sobre las conductas de la persona o sobre el entorno, aunque el síndrome siga existiendo.²⁷

Este diagnóstico ha sido incluido en el compendio de diagnósticos hasta la versión 2021-2023, aun no publicada en España, pero **pendiente de ser retirado**, ya que según los criterios, **no cumple la definición de síndrome** ²⁸ (*juicio clínico en relación a un conjunto de diagnósticos enfermeros específicos, que aparecen de manera conjunta y que se tratan de forma más correcta conjuntamente a través de intervenciones similares*)⁸. Por ello, es necesario seleccionar otros diagnósticos posibles para este trastorno como pueden ser, entre otros:

- *00069 Afrontamiento ineficaz*: patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar.
- *00053 Aislamiento social*: soledad experimentada por la persona y percibida como impuesta por otros como un estado negativo o amenazador.
- *00055 Desempeño ineficaz del rol*: patrón de conducta y expresión propia que no concuerda con el contexto ambiental, las normas y las expectativas. Este último diagnóstico, también está en fase de revisión, con la intención de ser retirado, ya que no cumple un nivel de evidencia superior o igual a 2.1.⁸

Cabe destacar, que aunque estos son los diagnósticos más comunes entre las personas con TEPT, están interrelacionados entre ellos, tal y como se refleja en el gráfico siguiente.

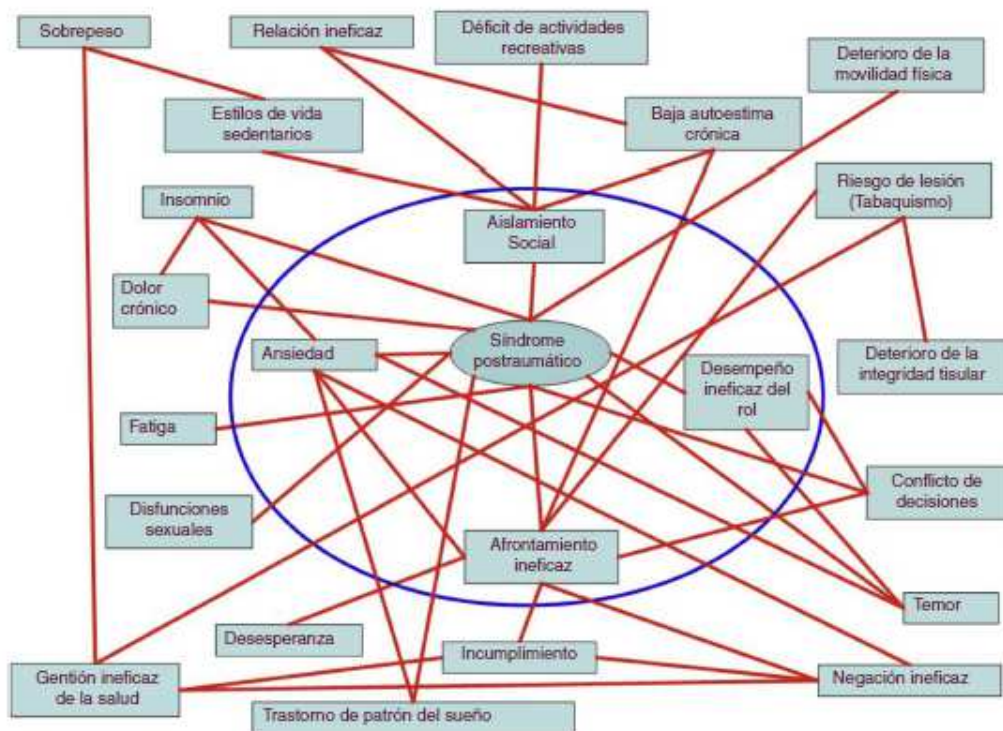


Gráfico 6. Interrelación entre diagnósticos enfermeros NANDA. Fuente: Sánchez H, Duarte G, et al.

5.3. Estudio de la efectividad de las intervenciones NIC más relevantes asociadas al trastorno de estrés postraumático

En relación con la **efectividad clínica y rentabilidad** de las “*intervenciones psicológicas*” dirigidas por una enfermera, con el objetivo de **reducir la gravedad de los síntomas del TEPT**, se estudiaron a través de un ensayo clínico, realizado por expertos de la salud del Reino Unido, buscando estudiar las implicaciones de crear un entorno terapéutico mediante un conjunto de **sesiones de apoyo para el manejo del estrés**, además de un **programa de relajación y recuperación**, dirigidos y coordinados por una enfermera. **Los resultados identifican una reducción de los síntomas del TEPT**, además de una gran adherencia a la intervención, creando un protocolo de actuación y formación para las enfermeras en la aplicación de estas nuevas intervenciones, que puede llegar a ser efectiva en este tipo de pacientes.²⁹

Se ha analizado la efectividad de las siguientes intervenciones de enfermería dirigidas a reducir la gravedad de los síntomas del TEPT:

5.3.1. Llevar un diario (NIC 4740) y Mejorar el afrontamiento (NIC 5230)

Uno de los eventos que pueden resultar más traumáticos para ciertas personas, y como consecuencia, en riesgo de desarrollar un TEPT, consiste en el padecimiento de alguna enfermedad que les obligue a tener que ser ingresados en una unidad de cuidados intensivos (UCI), en donde la persona está sometida a una serie de tratamientos e intervenciones, que pueden llegar a ser perturbadores para el estado emocional del paciente, de sus familiares y amigos.³⁰

En Escandinavia durante las décadas 80 y 90, se desarrolló una actividad que consistía en la realización de un diario, que permitiera contar los relatos sobre la estancia en una UCI, con el objetivo de llenar los vacíos de memoria y a comprenderlo³⁰. Por lo general, estos diarios eran realizados en aquellos pacientes cuya estancia era superior a 48 horas y tuvieran que requerir ventilación mecánica. Los diarios **eran escritos por las enfermeras** que los atendían con la ayuda de los familiares, en donde, evitando la jerga médica, explicaban cómo era la permanencia de éstos, teniendo siempre en cuenta como percibían los pacientes su situación y la compañía de sus seres queridos.³⁰

En un primer estudio realizado con 11 familiares y 10 pacientes³⁰, se les ofreció a los primeros, escribir el diario, con el apoyo de las enfermeras (con mínimo de 2 años de experiencia en una UCI), que les dieron instrucciones y recomendaciones de cómo hacerlo. Se estudió la relación de los síntomas de ansiedad, depresión y TEPT, con el uso de los diarios tras 3 meses del alta, además de la frecuencia con la que lo habían leído y discutido.

Para el análisis se realizaron 24 entrevistas, centradas en las experiencias de los individuos al tratar el diario. Los resultados determinaron que los diarios producían niveles más bajos de síntomas de TEPT en los familiares involucrados, sin encontrar una correlación similar en los pacientes, aunque cabe destacar que la mayoría mostró respeto y apreciación por estos. Los pacientes demostraron que los diarios les permitieron entender las experiencias y emociones familiares, fortaleciendo la red de apoyo entre ellos.³⁰

Una revisión sistemática sobre este mismo tema, realizó un análisis de 10 artículos, concluyendo que el fundamento psicológico de estos diarios, **no era suficiente como para recomendar implementarlos en la rutina de una UCI**³¹, y determinando que los diarios escritos por familiares, suponían un efecto positivo para éstos, con una fuerte influencia de la percepción que tenían sobre el personal sanitario, **sin quedar demostrado que la satisfacción de los familiares fuera por los diarios o por la atención prestada por los profesionales**. Por otro lado, y en sentido contrario, estos diarios permitieron a los trabajadores entender mejor la situación y percepción de las familias.

En esa misma revisión, se estudió la efectividad de los **diarios escritos por enfermeras** encargadas de los cuidados de los pacientes de UCI, en el que se destaca que lo relatado **ofrecía una perspectiva doble**, tanto del paciente como la del propio narrador. Pero cuando el personal colaboró con los familiares en la escritura de los diarios, se aconsejó que estos no lo hicieran, ya que podría acentuar las disputas entre familiares, exigiendo que el personal adquiriera un papel de mediador entre ellos.³¹

Relacionada con esta misma intervención NIC 4740 *Llevar un diario*, se desarrolla la *Terapia centrada en el presente*, que consiste en el establecimiento de relaciones interpersonales positivas a través de una relación terapéutica, la normalización de los síntomas, la validación de experiencias, la provisión de apoyo emocional y el aumento de la sensación de dominio y autoconfianza en el abordaje de los problemas. En las sesiones se incluye un proceso de educación sobre el TEPT, además de discusiones sobre las dificultades del día a día y el manejo de los síntomas.¹⁹ **Este tipo de terapia**, en la que se pueden llegar a aplicar los diarios, **demonstró una reducción de los síntomas y una tasa baja de abandono del tratamiento**.¹⁹

5.3.2. Asesoramiento (NIC 4240)

El *Asesoramiento* es otra de las intervenciones de enfermería aplicables a las personas con TEPT.

En un ensayo clínico realizado en Ciudad del Cabo³² se estudió la eficacia de que las enfermeras proporcionaran *Asesoramiento (SC)* y *Terapia de exposición prolongada (PE-A)*, (consiste en un tratamiento centrado en el trauma y basado en la exposición al evento de forma prolongada), **con el objetivo de eliminar la evitación del paciente**, a 11 pacientes adolescentes con TEPT. Por un lado, a 6 de los pacientes se les realizó PE-A, mientras que a los otros 5, (aunque uno no llegó a completar el tratamiento, por referir encontrarse bien) se les realizó SC. **Los resultados** a los que se llegaron nos dicen que **ambas intervenciones fueron bien toleradas** por los pacientes, ya que solo hubo un abandono. Por otro lado, **los síntomas de los pacientes sometidos a PE-A mejoraron significativamente** desde el principio y **progresivamente hasta los 12 meses posteriores**, mientras que los **síntomas de los sometidos a SC** mejoraron significativamente también, pero **no se mantuvieron** estas ganancias **en los 12 meses posteriores**.

Con lo anterior, en el seguimiento de 12 meses que se les realizó a todos los pacientes, **presentaron una mejoría más significativa aquellos que fueron sometidos a PE-A**.³²

La intervención enfermera denominada “*Remotivación*”, tiene como objetivo **augmentar la socialización y la autoestima de los pacientes**, y se basa en una serie de sesiones grupales dirigidas por un líder o “remotivador”, destacando por su practicidad, brevedad y eficiencia, ya que puede aplicarse en cualquier lugar. Consta de cinco fases, que tienen que ser identificadas y establecidas, y que permiten a las personas con TEPT, desarrollar aspectos sanos y saludables, centrando su atención en ellos mismos.³³

5.3.3. Educación para la salud (NIC 5510) y Facilitar la autorresponsabilidad (NIC 4480)

La Educación para la salud (NIC 5510), representa un tipo de intervención comunicativa a través de programas de información estructurada, folletos informativos, breves conversaciones cara a cara, o uso de recursos en línea, cuyo objetivo es **mejorar el conocimiento y comprensión de los pacientes y de sus cuidadores sobre un tema en concreto**, para reducir

la ansiedad del proceso y mejorar los resultados de salud. Deben estar adaptados a las capacidades y necesidades del paciente, ya que éstos no dominan el tema a tratar.

Para estudiar la eficacia de la intervención dedicada a la *Educación para la salud*, se seleccionó una revisión sistemática³⁴ que recogía la información de 8 ensayos clínicos aleatorizados, en los que se estudia la comparación de realizar esta intervención frente a no realizarla. En ellos se determina, que **no se encontraron resultados fiables que midieran o informaran que la adquisición de conocimientos estuviera relacionada con una menor gravedad del TEPT**, la satisfacción del paciente o de sus familiares, además de llegar a la conclusión de que la **certeza de los resultados** obtenidos en estos estudios, **era muy baja**.

Otro de los aspectos más importantes en el tratamiento del TEPT consiste en lograr que el paciente mantenga unas buenas actividades de *Autocuidado*, ya que el hecho de que un paciente quiera ser tratado, implica que quiere producir un cambio en su vida que le haga asimilar y evolucionar los eventos que le han sido traumáticos, y por lo tanto, es necesario que mantenga un buen autocuidado.

A raíz de este hecho, se realizó un ensayo clínico aleatorizado²³ a 80 miembros del servicio militar con TEPT, en donde se comparaba la efectividad de la entrega de una *Educación para la salud*, que fomentara los autocuidados a través de una web, llamada DESTRESS-PC, frente a otro programa, en el entorno de la atención primaria, y a cargo de una enfermera.

El proceso educativo se realizaba hasta las 6 semanas desde el inicio, aunque siguieron haciendo una serie de controles a las 12 y 18 semanas, en donde se comprobaban los progresos de los pacientes, los cuales debían conectarse 3 veces por semana, pudiendo acceder a información relevante y educativa sobre su trastorno, así como los problemas comórbidos a este. También se realizaba en cada conexión un análisis de los síntomas en ese momento.

En este estudio **se determinó que el uso de esta página web educativa, (DESTRESS-PC) tenía mayores ganancias en el tratamiento frente a la otra**, además de mostrar **un aumento de la capacidad de autocuidado** en el entorno de la atención primaria. Aunque **cabe destacar, que estos progresos disminuyeron progresivamente en cuanto se cortó el flujo de información.**²³

Por otro lado, este estudio quería demostrar que la capacidad asistencial sobre estos pacientes era reducida, y aunque la muestra del ensayo era muy pequeña, se evidenció que a través de esta intervención se podría aumentar el alcance en el tratamiento a un mayor número de personas. También se demostró **una gran adherencia al tratamiento, además de estar asociado a una mejoría de los síntomas del TEPT.**²³

5.3.4. Terapia de actividad (NIC 4310) y Fomento del ejercicio: entrenamiento de fuerza (NIC 0201)

A través de una revisión sistemática²⁰, en la que se realiza una investigación de los resultados obtenidos en 13 artículos científicos, cuyo objetivo era determinar el efecto de la actividad física (*Terapia de actividad NIC 4310*) en pacientes con TEPT, en donde se estudiaba la realización de ejercicio aeróbico, yoga y entrenamiento de resistencia o fuerza, de intensidad moderada, y como estos podían afectar sobre los síntomas del TEPT. El resultado concluye **que la actividad física produce una reducción de la gravedad de los síntomas de este trastorno**, además de **afectar positivamente** en otras condiciones que lo acompañan como la **ansiedad, la depresión, la mala calidad del sueño o el riesgo cardiovascular.**

En un periodo de entre 2 y 12 semanas los resultados demostraron que la actividad física es un complemento útil, aunque no se determina el tipo o la dosis de ejercicio que es necesario para obtener unos resultados óptimos, además de que el tamaño de la muestra es pequeño. La mayoría de los estudios tenían un rango de estudio de entre 9 y 38 pacientes, además de que muchos de ellos no tuvieron un grupo de control, y un importante sesgo de género.²⁰

5.4. Nuevas actividades que pudieran resultar beneficiosas para la mejoría del estado de salud de los pacientes.

5.4.1. Fototerapia: regulación del biorritmo (NIC 6926) e Información preparatoria sensorial (NIC 5580)

El olfato tiene un papel muy importante en la salud mental, ya que sirve para investigar las emociones y la memoria, que están fuertemente involucradas con el TEPT. Por ello se pueden llegar a realizar intervenciones psicológicas basadas en la estimulación olfativa para influir en el sueño, ya que se evoca a una actividad cortical en el durmiente, pero sin producirle excitación, es decir, que **produce un efecto sobre el sueño pero sin despertar**. Por otro lado, la estimulación olfativa en pacientes sanos produce una mejor calidad del sueño, además de un aumento del nivel de vigor al despertar.³⁵

La investigación también revela que tras recibir estímulos olfativos agradables durante el sueño, los participantes informan de que éste **adquiere un tono más emocional**, mientras que por el contrario, aquellos participantes que fueron expuestos a estímulos olfativos desagradables, se asociaron con emociones más negativas.³⁵

Con el objetivo de estudiar el efecto de los estímulos olfativos en pacientes con TEPT, se realizó un estudio basado en un ensayo ciego al paciente, con dos grupos, uno expuesto a estímulos olfatorios y otro de control, durante 5 noches consecutivas, en las que uno de los grupos se les exponía a diferente olores, y posteriormente en un entrevista se les pedía una descripción de los procesos de sueño y una identificación del olor utilizado. En este estudio se determinó que había **una fuerte correlación entre los problemas de sueño y la gravedad de los pacientes con TEPT**, además del **efecto positivo de la odorización nocturna sobre ellos**. Cabe destacar que aunque se haya demostrado un efecto positivo sobre la calidad y la intensidad del sueño, **no implica que mejorase el estado de salud de todos ellos**, ya que un aumento de la intensidad del sueño no está relacionado con una reducción de la angustia en todos los pacientes, al ser un aspecto muy subjetivo del trastorno.³⁵

Aunque para el tratamiento del TEPT existen una gran variedad de intervenciones y farmacoterapia de primera línea que pueden resultar útiles, la evidencia sugiere que un número importante de personas con este trastorno no llegan a recibir tratamiento, además de que la aceptación de éstos es muy deficiente, por razones como el estigma, la evitación, los efectos secundarios y la accesibilidad, necesitando nuevos tratamientos que sean seguros, convenientes y disponibles, además de atractivos para el paciente. Esta es la razón por la que **la intervención con luz tiene un gran potencial, ya que no es invasiva y supone un bajo riesgo.**

En un primer estudio clínico aleatorizado³⁶, se estudiaron las aplicaciones que puede tener el dispositivo Retimer® en comparación con otro dispositivo placebo, con el objetivo de determinar la viabilidad, aceptabilidad y **la eficacia de la lámpara portátil en individuos con posible TEPT.** En el estudio participaron 12 personas (7 activos, 5 placebos) que completaron el tratamiento con luz matutina durante 28 días, 30 minutos cada uno. La adherencia de ambos grupos fue significativa, lo que implica junto con la evaluación posterior, que el placebo era creíble. **El tratamiento activo demostró mejoras de los síntomas previos en comparación con los posteriores,** en el estado emocional, el insomnio y la calidad del sueño. Estos resultados sugieren que **la terapia de luz matutina portátil puede llegar a ser eficaz en pacientes con TEPT** ya que no se deben únicamente a una regulación del sueño, sino a la intervención de la luz.³⁶

En otro estudio del mismo tipo al anterior³⁷, realizado con 15 participantes (9 activos y 6 placebo) que cumplían los criterios diagnósticos del TEPT, realizaron una entrevista previa y se les puso un monitor de actividad en la muñeca, y pasada una semana, se les incluyó al azar en el grupo activo, a los que se les dio el dispositivo Retimer®, o al grupo placebo, a los que se les dio una luz tenue. El estudio duró 5 semanas y los participantes tenían que auto-administrarse la luz en casa durante una hora cada mañana. Posteriormente se evaluaron los resultados. Los participantes tuvieron unas expectativas del tratamiento muy altas, que se tradujeron en una **gran adherencia al dispositivo.** El estudio determina que los

participantes pertenecientes al grupo activo experimentaron **mejoras en la calidad del sueño** (hecho que no ocurría en el grupo placebo), entre las que destacan una mejoría del estado de vigilia y de la continuidad del sueño. Por otro lado, en este grupo también se produjo **una reducción de los síntomas del TEPT**.³⁷

5.4.2. Uso de las redes sociales (Aumentar los sistemas de apoyo NIC 5440)

Uno de los aspectos que caracteriza al TEPT consiste en la evitación de personas y entornos que le pudieran evocar su trauma, pero por otro lado, estos pacientes tienden a necesitar hablar sobre el incidente y una red de apoyo social. A través de un estudio²¹, cuyo objetivo era observar cómo las personas con TEPT utilizan las redes sociales, se investigó **el efecto de comunicar narrativas de sus condiciones de vida**. Por lo general, los participantes publicaban carteles, grabaciones y publicaciones escritas, mediante los que relataban su experiencia propia con el trastorno, pero siempre destacando la ausencia de soledad que en muchas ocasiones sienten. Por otro lado, también hablaban sobre su trauma, cómo lo habían adquirido y qué había implicado en sus vidas.

En este se pudo observar que a través de una interfaz realizaban publicaciones de sus vivencias, cuyos supervisores definieron como “construcciones retroactivas, con representación de cosas que han sucedido”. El hecho de que estas interacciones entre personas fueran a través de una red social no presencial, sino a través de un ordenador, **facilitaba** a los participantes a **sentirse más integrados compartiendo sus experiencias e intercambiando estrategias de afrontamiento** entre los participantes.²¹

5.4.3. Otras intervenciones relacionadas con mejorar la calidad del sueño

Existen estudios recientes³⁸ cuyo objetivo es investigar otro tipo de intervenciones que podrían mejorar la calidad del sueño en pacientes con TEPT como:

- La modificación de los modos ventilatorios en pacientes intubados, en los que se cree que podrían ser más efectivos los modos de control de presión frente a los modos de control de volumen.
- Tapones en oídos o el antifaz.
- Musicoterapia, en donde se estudia el efecto de la música relajante.
- Técnicas de relajación y masajes (en espalda y pies) .
- Acupresión.

5.5. DISCUSIÓN

El concepto de estrés postraumático, con el paso del tiempo ha conseguido adquirir evidencia suficiente para ser considerado un diagnóstico diferenciado del resto, con un conjunto de síntomas, criterios diagnósticos y factores que consiguen que su estudio, prevención y tratamiento sean posibles, aunque en muchos casos no es así.

Entre las posibles diferentes opiniones que se expresan sobre la interpretación de las características propias del TEPT, una de las que más destaca, es el **desconocimiento de la naturaleza de este tipo de patología**, lo que genera cierta discrepancia entre los distintos profesionales de la salud, que consideran necesario la presencia de unos factores u otros, que condicionen al individuo de padecer este tipo de trastornos, (factores estresantes, de riesgo, psicodinámicos, cognitivo-conductuales y biológicos), y por tanto, se produce una **disparidad de opiniones** en lo que a **tratamientos y planes de cuidados de enfermería** se refiere.

Respecto a los estudios relacionados con la *Escritura de diarios*, aparte de demostrar una **evidencia muy baja** por el bajo número de participantes y por la certeza de los resultados, se concluye que **pueden llegar a ser efectivos en algunos familiares**, aunque no se determina si este efecto se produce por el trato de los sanitarios con los pacientes, o por los propios diarios, **hecho en el que difieren los estudios**.

En relación al estudio de la eficiencia de la PE-A (*Terapia de Exposición Prologada en Adolescentes*) frente al SC (*Asesoramiento*), **los resultados claramente se decantan por la primera**, ya que demuestra ser de mejor calidad, aunque cabe destacar que **ambas pueden llegar a implementarse en la práctica clínica**.

Por el contrario, la intervención de "*Remotivación*" que se describe anteriormente, **no se ha desarrollado en la práctica clínica**, por lo que **no se tiene certeza** ni conocimiento de su efectividad y **posibles aplicaciones en la salud mental**.

Otro conflicto detectado entre los resultados, se produce en relación a la intervención *Educación para la salud*, la cual en uno de los artículos se concluye

que **no se han obtenido datos fiables**, sobre si el conocimiento **reduce los síntomas del TEPT**, mientras que en otro, **a través de un programa informático**, se estima que **no solo aumenta la capacidad de autocuidado**, sino que también puede llegar a un **mayor rango de pacientes y tener una adherencia elevada**. Por este hecho, podría llegar a ser necesario que se **desarrollaran diferentes vías de investigación** que determinaran si la entrega de información a los pacientes y familiares podría ser efectiva, y cómo.

Por último, en lo que se refiere a las limitaciones del trabajo, hay que destacar que no han sido significativas, aunque la dificultad más importante que ha tenido el autor, ha sido que la mayor parte de los artículos utilizados estaban escritos en inglés, y aunque no ha impedido la comprensión de éstos, lo ha dificultado.

6. CONCLUSIONES

A partir de la lectura y análisis de toda la bibliografía consultada, se han podido extraer las siguientes conclusiones:

- Para conocer las intervenciones de enfermería más efectivas en personas con TEPT **es necesario promover el perfil de investigación** entre las enfermeras, con el objetivo de **progresar en los cuidados y conceder a la profesión un carácter más científico basado en la evidencia**.
- Debido a que el sistema actual de salud entiende el TEPT como una enfermedad más a tratar, y no como un trastorno con implicaciones sociales y causas particulares, es importante que los profesionales de enfermería conozcan **las repercusiones que tienen el TEPT sobre la salud de las personas afectadas**, en sus hábitos de vida y en la convivencia con sus seres queridos, para **evitar la patologización de las reacciones humanas** fuera del marco de la normalidad.
- La enfermería tiene **una gran capacidad y formación** para contribuir de forma activa en el tratamiento de estos pacientes, aunque es necesario **conocer aquellas intervenciones obsoletas y menos efectivas** para este trastorno concreto, puesto que algunas de ellas no tienen cabida en los planes de cuidados (como los diarios), **cuya eficacia está sin demostrar aún**.
- A pesar de que la **intervención olfatoria y lumínica tienen una eficacia demostrada**, los dispositivos utilizados **no son accesibles en un entorno nacional**, por lo que sería necesario **buscar sustitutivos accesibles** a esos dispositivos que cumplieran la misma función, **investigando y evaluando sus resultados**.
- Algunas de las nuevas intervenciones encontradas en la investigación podrían ser consideradas como **pseudoterapias**, como la *Acupresión*, lo que implicaría **realizar un estudio detallado de los posibles beneficios que tiene sobre el paciente**.
- Es necesario que el sistema sanitario entienda que **la enfermería dispone de los conocimientos y capacidades** para ejercer actividades de **prevención y de cuidados en relación al TEPT**, ocupando una parte fundamental en el equipo multidisciplinar, teniendo en mente que aún falta

mucho por investigar y profundizar en lo que a **intervenciones y cuidados eficaces en el tratamiento de las personas con TEPT.**

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la organización mundial de la salud. Documentos básicos suplemento 45ª edición. , Asamblea Mundial de la Salud; 2006.
2. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre Salud mental 2013-2030. Proyecto sanitario. Ginebra; 2013. Reporte No.: 978 92 4 150602.
3. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social. Encuesta Nacional de Salud ENSE. Serie de informes monográficos. Instituto Nacional de Estadística, Salud Mental; 2017.
4. Morera Fumero A, González de Rivera J. Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica. *Psiquis*. 1983; 4: p. 253-260.
5. Rojas Campos M. Trastorno de estrés postraumático. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2016 Abril-Junio; 73(619): p. 233-240.
6. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta ed. Arango López DC, editor. Madrid: Editorial médica panamericana; 2014.
7. Ballesteros Olivos CF. Cuidado de enfermería en salud mental a personas con trastorno por estrés postraumático, asociado a combate. Tesis doctoral. Bogotá D. C.: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2018.
8. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definición y clasificación 2018-2020. Undécima ed. Herdman TH, Kamitsuru S, editors. Barcelona: Elsevier Iberoamericana; 2018.
9. Butcher HK, Bulechek GM, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de enfermería. Séptima ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
10. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Sinopsis de psiquiatría. Onceava ed. Barcelona: Wolters Kluwer; 2015.
11. The Joanna Birggs Institute. New JBI Levels of Evidence. Niveles de evidencia. Adelaida: The University of Adelaide, School of Translational Health Science; 2013.
12. The Joanna Briggs Institute. Nex JBI Grades of Recommendation. Niveles de recomendación. Adelaida: The University of Adelaide, School on Translational Health Science; 2013.

13. Delgado W. Tipos de artículos científicos. Revista Estomatológica Herediana. 2011 julio-septiembre; 21(3).
14. Clarivate. InCites Journal Citation Reports. [Online].; 2021 [citado 25 febrero de 2021] Disponible en: <https://jcr.clarivate.com/JCRLandingPageAction.action>
15. "Historias"; En Herodoto-Tucídides, obras completas. Paris. Gallimard, La Piliade. 1989, citado por BRIOLE G.; LEBIGOT F.; LAFONT B. et cols, en "Le traumatisme psychique: rencontre et devenir"; Congreso de Psiquiatría y Neurología en lengua francesa. Masson. 1994.
16. Iolascon G, de Sire A, Moretti A, Gimigliani F. Complex regional pain syndrome (CRPS) type I: historical perspective and critical issues. Clinical Cases in Mineral and Bone Metabolism. 2015; Suplemento 1(12): p. 4-10.
17. Kaplan HI, Sadock BJ. Tratado de psiquiatría/vi. Sexta ed. Cancro R, editor. Buenos Aires: Inter-Médica; 1997.
18. Palacios L HG. Trastorno de estrés postraumático: una revisión del tema (segunda parte). Salud Mental. 2002; 25(5).
19. Beech E, Evatt D, Smolenski D, Shea M, Otto J, Rosen C, et al. Present-centered therapy (PCT) for post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Revisión sistemática. Maryland: Cochrane Library, Cochrane Database of Systematic Reviews; 2019.
20. Oppizzi L, Umberger R. The Effect of Physical Activity on PTSD. Issues in Mental Health Nursing. 2018 Enero; 39(2).
21. Salzman M, Hıçdurmaz D. Use of Social Media Among Individuals Who Suffer From Post-traumatic Stress: A Qualitative Analysis of Narratives. Qualitative Health Research. 2016 Enero; 27(2).
22. M. Angel C. Resilience, Post.traumatic stress, and Posttraumatic Growth: veterans and active duty military members coping trajectories following traumatic event exposure. Nurse Education Today. 2016 Abril;(47).
23. Engel C, Litz B, Magruder K, Harper E, Gore K, Stein N, et al. Delivery of self training and educations for stressful situations (DESTRESS-PC): a randomised trial of nurse assisted online self-management for PTSD in primary care. General Hospital Psychiatry. 2015 Julio; 37(4).

24. Duarte G, Sánchez H, González T, Sánchez M, Gomaritz D. Cuidados en el síndrome postraumático por violencia de género: a propósito de un caso clínico. *Enfermería Clínica*. 2017 Mayo; 27(4).
25. Duke A, Searby A. Mental ill Health in Homeless Women: A review. *Issues in Mental Health Nursing*. 2019 Abril; 40(7).
26. Alonso Sedano, A, Navarro Morote, S, et al. Síndrome postraumático: un caso clínico. XXXIV Congreso Nacional de Enfermería de Salud Mental
27. MT LR. Los diagnósticos enfermeros. Novena ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
28. Ruymán P. El Síndrome de Shock Emocional y el Síndrome de Disrupción Social: nuevas propuesta de diagnósticos enfermeros. *Ene. Revista de Enfermería*. 2020 Febrero; 13(3).
29. (Richards-Belle A, Mouncey PR, al. e. Psychological Outcomes following a nurse-led Preventative Psychological Intervention for critically ill patients (POPPI): protocol for a cluster-randomised clinical trial of a complex intervention. *BMJ open*. 2018 Febrero; 8(2))
30. Hojager Nielsen A, Angel S, Egerod I. Effect of relatives' intensive care unit diaries on post traumatic stress in patients and relatives (DRIP-study): A mixed methods study. *Intensive & Critical Care Nursing*. 2020 Agosto; 62.
31. H Nielsen A, Angel S. How diaries written for critically ill influence the relatives: a systematic review of the literature. *British Association of Critical Care Nurses*. 2015; 21(2).
32. Rossouw J, Yadin E, Alexander D, Mbanga I, Jacobs T, Seedat S. A pilot of feasibility randomised controlled study of Prolonged Exposure Treatment and supportive counselling for post-traumatic stress disorder in adolescents: a third world, task-shifting, community-based sample. *BioMed Central*. 2016 Noviembre; 17(548).
33. Ballesteros Olivos CF. Enfermería y estrés postraumático: propuesta de cuidado en el posconflicto. *Revista Cuidarte*. 2020 Enero; 11(1).
34. Lewis S, Pritchard M, Schofield-Robinson O, Evan D, Alderson P, Smith A. Information or education interventions for adult intensive care unit (ICU) patients and their carers (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2018 Octubre; 10.

35. Schäfer L, Schellong J, al. e. Nocturnal Olfactory Stimulation for Improvement of Sleep Quality in Patients With Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Exploratory Intervention Trial. *Journal of Traumatic Stress*. 2019 Enero; 32(1).
36. Zalta A, Valdespino-Hayden Z, Pollack M, Burgess H. A Wearable Morning Light Therapy for Post-traumatic Stress Disorder. *American College of Neuropsychopharmacology*. 2017 Diciembre; 43(6).
37. Zalta , Alyson K , Bravo K, Valdespino-Hayden Z, Pollack MH, Burgess H. A placebo-controlled pilot study of a wearable morning bright light treatment for probable PTSD. *Anxiety and Depression Association of America*. 2019 Abril; 36(7).
38. Hu R, Jiang X, Zeng , al. e. Non-pharmacological interventions for sleep promotion in the intensive care unit (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015 Octubre; 10.

8. ANEXOS

8.1. Criterios diagnósticos del TEPT

Tabla 5. Criterios diagnósticos para el TEPT. Fuente: American Psychiatric Association

Criterios diagnósticos para el TEPT según DSM-V	
A	<p>Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Experiencia directa del suceso traumático.2. Presencia directa del suceso ocurrido a otros.3. Conocimiento de que el suceso traumático ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso ha de haber sido violento o accidental.4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso traumático (p. ej., socorristas que recogen restos humanos; policías repetidamente expuestos a detalles del maltrato infantil).
B	<p>Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático, que comienza después del suceso traumático:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Recuerdos angustiosos recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático.2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático.3. Reacciones disociativas en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático. Pueden producirse de forma continua y una pérdida completa de la conciencia del entorno presente.4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
C	<p>Evitación persistente a estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras el suceso traumático, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos (personas, lugares, conversaciones, actividades, objetos, situaciones) que despierten recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
D	<p>Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático, 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.3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.4. Estado emocional negativo persistente.

	<ol style="list-style-type: none"> 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas. 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás. 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.
E	<p>Alteración importante de la alerta y la reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos o más de las características siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Comportamientos imprudentes o autodestructivos. 3. Hipervigilancia. 4. Respuesta de sobresalto exagerada. 5. Problemas de concentración. 6. Alteración del sueño.
F	La duración de la alteración (Criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
G	La alteración causa malestar clínicamente significativos o deterioro social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
H	La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afectación médica. ⁶

A partir de estos criterios, se debe de especificar si:

- El paciente presenta síntomas disociativos (no producidos por medicamentos u otras afecciones médicas): estos síntomas se caracterizan porque cumplen los anteriores criterios, con los que como respuesta al factor estresante, el paciente puede llegar a experimentar de una forma persistente o recurrente las siguientes características:
 - Despersonalización: consiste en el sentimiento de desapego y de sensación de que el propio paciente es un observador externo de su conciencia y cuerpo.
 - Desrealización: sensación de cierta irrealidad del entorno.
- El paciente puede llegar a tener una expresión retardada de los síntomas. Este hecho se considera si el paciente no presenta los síntomas anteriormente explicados hasta pasados 6 meses desde el evento causal del trauma.⁶