



**Universidad de Valladolid**  
**Grado en Enfermería**  
**Facultad de Enfermería de Valladolid**



**UVa**

**Curso 2020-2021**

**Trabajo de Fin de Grado**

**ESTUDIO DEL TRASTORNO DEL  
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN  
PROFESIONALES DE  
ENFERMERÍA EN URGENCIAS Y  
EMERGENCIAS**

**Autor/a: MARTA LAFORGA SIMÓN**

**Tutor/a: RAFAEL MARTÍN SÁNCHEZ**

## **RESUMEN:**

**Introducción:** el Trastorno de Estrés Postraumático es una patología mental muy presente hoy en día en nuestra población. Toda persona que experimente un suceso traumático es susceptible de padecer este trastorno.

**Objetivo:** estudiar el Trastorno de Estrés Postraumático y sus síntomas en profesionales de Enfermería en los Servicios de Urgencias y Emergencias.

**Metodología:** se realizó un análisis estadístico cuantitativo, descriptivo y transversal. La medición se llevó a cabo mediante la adaptación de una encuesta validada, la “Escala de Trauma de Davidson”.

**Resultados:** se halló una prevalencia de estrés laboral del 79%. Los síntomas estudiados se presentan con una frecuencia de alguna vez durante la semana. No existe correlación entre los síntomas, sino que aparecen independientemente.

**Conclusiones:** gran parte de la plantilla de Enfermería de los Servicios de Urgencias y Emergencias sufre estrés laboral, presentando síntomas al menos una vez por semana. La aparición de los distintos síntomas es independiente, no existiendo un patrón de correlación entre ellos, cada persona experimenta un conjunto de síntomas distinto. De acuerdo a lo anterior, se advierte la necesidad de adoptar medidas para solucionar el problema.

**Palabras clave:** enfermería, trastorno de estrés postraumático, emergencias, urgencias, tratamiento, síntomas

## **ABSTRACT:**

**Introduction:** post-traumatic stress disorder is a mental pathology very common today in our population. Anyone who experiences a traumatic event is susceptible to this disorder.

**Objective:** study Post-Traumatic Stress Disorder and its symptoms in nursing professionals in Emergency Services.

**Methodology:** a quantitative, descriptive and cross-cutting statistical analysis was made. The measurement was carried out by adapting a validated survey, the “Davidson Trauma Scale”.

**Results:** the prevalence of work stress is 79%. The symptoms studied occur frequently during the week. There is no correlation between symptoms, they appear independently.

**Conclusions:** much of the Emergency Services nurses suffers work stress, presenting symptoms at least once a week. The onset of symptoms is independent, there is no correlation pattern between them, and each person experiences a different set of symptoms.

In accordance with the above, the need to take action to address the problem is noted.

**Key words:** nursing, post-traumatic stress disorder, emergencies, treatment, symptoms

## ÍNDICE DE CONTENIDOS:

1. INTRODUCCIÓN .....	1
1.1. Justificación.....	2
2. OBJETIVOS .....	3
3. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO .....	4
3.1. Prevalencia .....	4
3.2. Factores de riesgo .....	5
3.3. Sintomatología.....	6
3.4. Tratamiento .....	9
3.5. Enfermería y el TEPT.....	13
4. MATERIALY MÉTODOS .....	15
4.1. Diseño.....	15
4.2. Población diana. Criterios de inclusión y exclusión.....	15
4.3. Cronograma .....	16
4.4. Variables del estudio .....	16
4.5. Instrumentos de medida.....	16
4.6. Recursos .....	17
4.7. Consideraciones éticas .....	17
5. RESULTADOS.....	18
6. DISCUSIÓN .....	23
7. CONCLUSIONES .....	26
8. BIBLIOGRAFÍA .....	27
9. ANEXOS .....	30
Anexo I.....	30
Anexo II .....	31
Anexo III.....	34
Anexo IV.....	38
Anexo V .....	44

## **ÍNDICE DE TABLAS:**

<b>Tabla 1:</b> Frecuencia de aparición de los síntomas .....	19
<b>Tabla 2:</b> Análisis estadístico descriptivo de los datos .....	21
<b>Tabla 3:</b> Análisis de correlación de las variables.....	22
<b>Tabla 4:</b> Diagnósticos de Enfermería .....	34

## **ÍNDICE DE FIGURAS:**

<b>Figura 1:</b> Vivencia de una situación estresante en el trabajo.....	18
<b>Figura 2:</b> Gráfico de barras sobre la frecuencia de aparición de los síntomas .....	20

## **ÍNDICE DE ABREVIATURAS:**

- **APA:** Asociación Americana de Psiquiatría
- **CEIm:** Comité de Ética de la Investigación con medicamentos
- **CIE-11:** Clasificación Internacional de Enfermedades
- **CPE:** Crecimiento Postraumático
- **CV:** Coeficiente de Variabilidad
- **DSM:** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
- **DT:** Desviación Típica
- **EP:** Terapia de Exposición Prolongada
- **GPC:** Guía para las Prácticas Clínicas
- **ISRS:** Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **SPT:** Sintomatología Postraumática
- **TCAE:** Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería
- **TEA:** Trastorno de Estrés Agudo
- **TEPT:** Trastorno de Estrés Postraumático

## 1. INTRODUCCIÓN:

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es una afección de salud mental, presente hoy en día en nuestra población, con mayor o menor gravedad. Cualquier persona sometida a un evento estresante es susceptible de desarrollar esta patología<sup>1</sup>.

El TEPT apareció definido por primera vez, en el DSM-I (1952), como “gran reacción al estrés”. Posteriormente, se definió en el DSM-III como respuesta de intenso miedo, horror e indefensión ante una amenaza para la propia vida, tanto si se experimentaba directamente, como si solo se era testigo de la misma. En la versión revisada de 1987, se incluyó como criterio necesario la presencia de síntomas durante al menos un mes<sup>1</sup>.

En la última edición, el DSM-5 (2013), se define el TEPT como la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o una amenaza. La exposición puede ser una experiencia directa, presencia del suceso ocurrido a otros, conocimiento de que el suceso le ha ocurrido a una familiar o persona cercana o una exposición repetida (socorristas, policías...).

Según el DSM-5, el TEPT cumple los siguientes criterios diagnósticos: presencia de uno o más síntomas de intrusión (recuerdos angustiosos, pesadillas, reacciones disociativas, malestar psicológico...) que comienzan después del suceso traumático, evitación de estímulos asociados al suceso, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, alteración de la alerta y reactividad (irritabilidad, hipervigilancia, problemas de concentración...). La duración de estos síntomas es superior a un mes<sup>2</sup>.

La CIE-11 define el TEPT de forma similar. Lo explica como un trastorno que puede desarrollarse después de que el sujeto sea expuesto a un evento o serie de eventos extremadamente amenazantes. Este trastorno se caracteriza por: el sujeto vuelve a experimentar el evento traumático (recuerdos, flashbacks, pesadillas...), evita pensamientos y recuerdos del evento y tiene la percepción persistente de una amenaza<sup>3</sup>.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) estima que un 3,6 % de la población mundial ha sufrido TEPT<sup>4</sup>. No todas las personas que presencian una situación

traumática desarrollan TEPT. El desarrollo o no del trastorno se ve influenciado por los factores de riesgo y protección de la persona. Los factores de riesgo se dividen en pretraumáticos (problemas emocionales, situación económica, cultura, sexo femenino...); peritraumáticos (gravedad y magnitud del trauma, peligro percibido, tipo de lesiones...) y postraumáticos (afrentamiento inadecuado, apoyo social...)<sup>3</sup>.

### *1.1 Justificación:*

El TETP es una patología que afecta a miles de personas en el mundo. No todas las personas que experimenten un suceso traumático desarrollarán esta patología, y serán más susceptibles de padecerla, aquellas personas con una exposición a eventos traumáticos elevada y repetida.

Los profesionales de enfermería, debido a la naturaleza de su profesión se ven expuestos a gran cantidad de situaciones traumáticas (atención a pacientes terminales, accidentes, catástrofes, fallecimientos...) en su actividad laboral diaria. Además, en su trabajo se enfrentan a otros factores estresantes como: sobrecarga laboral, turnos nocturnos, enfermedades previas...

A su vez, los profesionales de Enfermería que desempeñan su actividad laboral en los servicios de Urgencias y Emergencias, están expuestos en mayor grado a estas situaciones, debido al tipo de pacientes que reciben (accidentes de tráfico, amputaciones, grandes quemados, fallecidos, pacientes agresivos...), la presión y necesidad de trabajar con la máxima velocidad y precisión, tensión entre compañeros...

Las consecuencias que acarrea la exposición continua a situaciones estresantes están poco identificadas y tratadas. Además, son los propios sanitarios los que consideran este problema algo inevitable e inherente a su trabajo. Por ello, considero de suma importancia desarrollar un Trabajo de Investigación acerca del TEPT en estos profesionales. Asimismo, la escasez de información y estudios al respecto, acrecientan los motivos para realizar la investigación en esta línea.

## 2. OBJETIVOS:

- **Objetivo general:** estudiar el Trastorno de Estrés Postraumático y sus síntomas en profesionales de Enfermería en los Servicios de Urgencias y Emergencias
  
- **Objetivos específicos:**
  - Evaluar la existencia de estrés laboral en los profesionales de Enfermería de los Servicios de urgencias y emergencias de Valladolid
  - Valorar la presencia de síntomas de TEPT en los profesionales de Enfermería de los Servicios de urgencias y emergencias de Valladolid
  - Examinar la frecuencia con la que los profesionales de Enfermería experimentan síntomas de TEPT
  - Comparar entre sí la aparición o no de los distintos síntomas

### 3. TRASTORNO DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:

Etimológicamente la palabra “trauma” procede del griego y significa herida. El trauma representa una experiencia o situación de indefensión extrema y pérdida del control, que produce un sentimiento de indefensión y de amenaza para la vida en la persona que lo experimenta<sup>5</sup>.

Según el DMS-V, cuando una persona experimenta una situación extrema, como guerras, amenaza o asalto violento personal (violencia sexual, agresión física, secuestro, tortura), desastres naturales/humanos (terremotos, huracanes, accidentes de avión), accidentes graves (de tráfico, laborales); es susceptible de padecer una respuesta de ansiedad, que puede evolucionar hacia un trastorno. Las personas que experimentan un acontecimiento estresante pueden presentar una serie de síntomas como estado de ánimo negativo, evitación, alerta excesiva, intrusión... Cuando estos síntomas impiden que la persona lleve una vida normal, similar a cómo era antes del suceso, y afecta a sus actividades cotidianas hablamos de que el individuo padece un trastorno relacionado con el estrés. Cuando estos síntomas aparecen tres días después del suceso y hasta el primer mes, se denomina TEA (Trastorno por Estrés Agudo), mientras que cuando persisten durante más tiempo se denomina TETP (Trastorno de Estrés Posttraumático)<sup>2</sup>.

#### 3.1 Prevalencia:

La prevalencia del TEA en las poblaciones expuestas a un trauma varía según el tipo de suceso, su naturaleza y su contexto. En los casos que no impliquen un asalto interpersonal, la prevalencia se sitúa en torno al 20%, entre el 13 y 21% en los accidentes de vehículos a motor, 14 % en lesiones cerebrales leves, 19% en casos de asalto, 10% en quemaduras graves y entre el 6 y 12% en eventos traumáticos interpersonales (asalto, violación, tiroteos...)<sup>2</sup>.

Mientras que para el TEPT, en Estados Unidos la prevalencia anual entre los adultos es del 3,5% aproximadamente. Se observan estimaciones más bajas en Europa, la mayor parte de Asia, África y países de América Latina, siendo en torno al 0,5 – 1,0 %. Los índices de TEPT son más altos en personas cuya profesión tiene un riesgo de exposición traumática elevado (bomberos, personal

sanitario, policía...), supervivientes de violación, combate militar, cautiverio, genocidios... La prevalencia del TEPT también puede variar a lo largo del desarrollo, Los niños adolescentes y personas mayores, muestran una prevalencia menor que la edad adulta<sup>2</sup>.

### 3.2 Factores de riesgo:

No todas las personas que sufren o experimentan una situación estresante padecerán un trastorno por estrés. Esto viene determinado por los factores de riesgo y de protección que presente cada individuo.

Podemos clasificar los factores de riesgo en:

- Factores pretraumáticos:

Factores que el individuo presenta antes de que suceda el trauma.

- Temperamentales: problemas emocionales de la infancia, otros trastornos mentales previos...
- Ambientales: bajo nivel económico, educación escasa, trauma previo, cultura, apoyo familiar escaso o nulo, historia psiquiátrica familiar, deficiencia de inteligencia...
- Genéticos y fisiológicos: sexo femenino y edad joven

- Factores peritraumáticos:

Factores relacionados con el trauma.

- Ambientales: gravedad del trauma, lesiones personales, violencia, peligro vital percibido...

- Factores postraumáticos:

Factores presentes después de que el suceso traumático haya ocurrido.

- Temperamentales: evaluaciones negativas, estrategias de afrontamiento inadecuadas, desarrollo de TEA...
- Ambientales: exposición a recuerdos repetitivos, acontecimientos adversos posteriores, pérdidas (financieras u otra índole), apoyo social escaso o nulo...<sup>2</sup>

### 3.3 Sintomatología:

El TEA se diagnostica a partir del tercer día después del suceso traumático. Este trastorno puede expresarse como una respuesta de estrés transitoria que remite al mes, o por el contrario, no cesar y dar lugar al TETP<sup>2</sup>.

Una persona que sufra TEA debe presentar al menos nueve de los síntomas de algunas de las cinco categorías siguientes:

#### 1. Síntomas de intrusión:

- Recuerdos angustiosos recurrentes e involuntarios del suceso traumático
- Sueños angustiosos en los que el contenido está relacionado con el evento traumático
- Reacciones disociativas en las que el sujeto actúa o se siente como si se repitiera el suceso. En la expresión más extrema existe pérdida de conciencia de la realidad
- Malestar psicológico intenso o prolongado

#### 2. Estado de ánimo negativo:

Incapacidad persistente para experimentar emociones positivas como felicidad, satisfacción, sentimientos amorosos...

#### 3. Síntomas disociativos:

- Sentido de la realidad alterado
- Incapacidad para recordar aspectos importantes sobre el suceso traumático

#### 4. Síntomas de evitación:

- Se realizan esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos relacionados con el suceso
- Se realizan esfuerzos para evitar recordatorios externos que despierten pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso

#### 5. Síntomas de alerta:

- Alteración del sueño
- Comportamiento irritable, arrebatos de ira/furia

- Hipervigilancia
- Problemas de concentración
- Respuesta de sobresalto exagerada<sup>2</sup>

Los individuos con TEA, normalmente presentan pensamientos muy negativos sentimientos catastróficos e incluso sentimientos de culpa. Son frecuentes en estas personas los ataques de pánico y además suelen presentar comportamientos caóticos e impulsivos<sup>2</sup>.

Cuando estos síntomas no remiten tras un mes de duración, hablamos de que el paciente sufre Trastorno de Estrés Postraumático. Los síntomas comienzan en los tres primeros meses después del suceso estresante, aunque puede retardarse meses e incluso años, produciéndose un “inicio retardado” o “expresión retardada”. La duración de los síntomas en el 50% de los adultos es de unos tres meses aproximadamente, el resto pueden permanecer sintomáticos hasta 12 meses o incluso años. Además pueden producirse recurrencias debido a factores externos (aumento de los estresores vitales, deterioro de salud, pérdida de función cognitiva, aislamientos social...)<sup>2</sup>.

Los síntomas que caracterizan el TEPT son:

- Síntomas de intrusión: recuerdos angustiosos e involuntarios, sueños angustiosos recurrentes, reacciones disociativas, malestar psicológico intenso, reacciones fisiológicas a factores internos o externos...
- Evitación persistente de estímulos relacionados con el suceso traumático
  - Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, como incapacidad de recordar aspectos importantes del suceso, creencias o expectativas del suceso, estado emocional negativo persistente, incapacidad de experimentar emociones positivas, sentimiento de desapego/distanciamiento de los demás...
  - Alteración importante de la alerta y la reactividad. Se producen arrebatos de furia, hipervigilancia, sobresaltos, problemas de concentración, alteración del sueño...

- Desrealización y despersonalización. El paciente experimenta que es un observador externo, y siente un desapego de sí mismo<sup>2</sup>

El TEPT presenta síntomas similares a los del TEA. La diferencia principal radica en la duración de los mismos. A parte de los síntomas, se debe recalcar la gran comorbilidad que presenta este trastorno, hasta un 80% de las personas que padezcan TEPT desarrollaran otras afecciones mentales (depresión, ansiedad trastorno bipolar, ansiedad, trastornos por consumo de sustancias...), así como conductas de riesgo e intentos autolíticos. El TEPT se asocia con altos niveles de discapacidad social, ocupacional y física, altos niveles de utilización de los servicios médicos, relaciones sociales y familiares pobres, absentismo laboral y escolar, menores ingresos, menor nivel educativo...<sup>2</sup>

Al margen de toda la sintomatología negativa, descrita anteriormente, las personas que sufren TEPT pueden presentar respuestas adaptativas después de experimentar el evento traumático. Esta adaptación del individuo se denomina crecimiento postraumático (CPE), que se define como la percepción de cambios positivos que experimenta un individuo en el proceso de lucha. Un mayor CPE se asocia con un mayor bienestar psicológico y un mejor pronóstico para el TEPT<sup>6</sup>.

Del mismo modo, debemos dar importancia a predictores de la sintomatología postraumática (SPT) como la rumiación. La rumiación se define como el proceso cognitivo consistente en pensar repetidamente sobre las experiencias vividas y sus consecuencias.

Los dos tipos de rumiación más estudiados son los de tipo depresivo y los que surgen tras la vivencia de un evento altamente estresante. El primer tipo se divide en rumiación negativa y reflexiva, mientras que el segundo se divide en rumiación intrusiva y deliberada.

- R. negativa: el individuo revive el malestar de forma pasiva. Se asocia a niveles altos de depresión
- R. reflexiva: se analiza el porqué de sentirse así, analizando las dificultades vividas y se intenta entender que es lo que produce esos sentimientos
- R. intrusiva: irrupciones involuntarias de pensamientos sobre el suceso que

no se escoge traer a la mente

- R. deliberada: pensamientos intencionados sobre el evento estresante que pueden enfocarse en tratar de entenderlo<sup>6</sup>

### 3.4 Tratamiento:

Según la Society of Clinical Psychology (APA Division 12) existen diversos métodos para tratar el TEPT. Algunos de ellos son TPC, EMDR, TCP, Terapia de exposición prolongada, Debriefing psicológico, Terapia de inoculación de estrés... Cuando a pesar de aplicar las terapias anteriores no conseguimos que el paciente mejore, podemos añadir un tratamiento farmacológico<sup>7</sup>.

#### A. TERAPIA DE PROCESAMIENTO COGNITIVO (TPC):

La TPC es uno de los tratamientos más efectivos para el TETPT. Es una terapia cognitiva que se centra en cambiar el contenido de los pensamientos disfuncionales que presenta el individuo sobre el trauma y que afectan a su conducta y respuestas emocionales.

Una parte básica de esta terapia es el “cuestionamiento Socrático”. Un cuestionario originado a partir del filósofo/maestro de la Antigua Grecia Sócrates. Aplicado a la TCP el objetivo del cuestionamiento radica en desafiar la precisión del pensamiento de los pacientes de manera que alivie el problema. Este cuestionamiento socrático consta de seis categorías: clarificar, investigar las suposiciones, investigar las causas y evidencias, cuestionar las perspectivas y los puntos de vista, investigar las implicaciones y las consecuencias y cuestionar las preguntas. Se aplicarán estas cuestiones a lo largo de las 12 sesiones que debe durar el tratamiento, explicadas en el “Anexo I”.

Para comenzar el tratamiento, se debe informar acerca de la técnica al paciente. Tanto terapeuta como pacientes deben estar de acuerdo con la metas a conseguir con la terapia<sup>8</sup>.

## B. EMDR:

EMDR son las siglas de “Eye Movement Desensitization and Reprocessing”, traducido al castellano como “Desensibilización por Movimientos Oculares y Reprocesamiento”. La técnica fue descubierta en 1987 por la Dra. Francine Shapiro, que no descubrió la técnica en base a un enfoque teórico previo, sino de manera accidental. La Dra. Shapiro diferencia dos tipos de trauma, trauma “T” y trauma “t”. Entiende por trauma “T” aquellas situaciones en las que se produce una amenaza para la vida del sujeto, y que constituyen una experiencia muy dolorosa (catástrofes naturales, accidentes, abuso sexual...); y por trauma “t” aquellas situaciones perturbadoras que no representan un peligro de muerte pero al repetirse puede provocar un efecto acumulativo tan impactante como un trauma (acoso escolar o laboral...). Ambos tipos de trauma pueden ser abordados por la técnica de EMDR. Esta técnica enfoca el trauma como un trastorno de la memoria, en el que hay un bloqueo en el sistema de procesamiento adaptativo de la información, impidiendo la integración del recuerdo, mediante ocho fases, definidas en el “Anexo II”.

La EMDR es una de las técnicas más investigadas para el tratamiento del trauma. En los casos de trauma simple obtuvieron mejorías del 70-80%. Esta técnica está recomendada como tratamiento eficaz para el TEPT por la Guía de Práctica Clínica (G.P.C.) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en 2004 y por la G.P.C. de la Sociedad Internacional por el estudio del estrés postraumático en el año 2000. La EMDR puede ser utilizada como tratamiento de elección, abarcando todos los rangos de edad, o puede utilizarse combinada con otras técnicas y otros tratamientos como el farmacológico.

Hoy en día, sabemos que la técnica de EMDR es una técnica eficaz, que permite revivir el trauma en un contexto de seguridad, facilitando el acceso al recuerdo y el procesamiento del mismo<sup>5</sup>.

#### C. TERAPIA CENTRADA EN EL PRESENTE (TCP):

La TCP, a diferencia de las terapias cognitivas, es una terapia que no se basa en el trauma y que incorpora componentes psicoterapéuticos comunes, por lo que puede resultar más adecuada para aquellos pacientes reacios a participar en terapias donde deban recordar y comentar aspectos del evento traumático.

Se considera que la TCP es tan efectiva como las terapias cognitivas y además se asociada a una menor tasa de abandono del tratamiento.

Los objetivos de la TCP son mejorar el conocimiento que poseen los pacientes sobre los síntomas actuales que presentan, mejorar la conexión interpersonal y promover un mayor sentido de control. Durante el tratamiento los pacientes comprenden como los síntomas del TEPT están influyendo en su comportamiento, exploran soluciones adaptativas y las implementan.

A medida que los pacientes aprenden y practican esas medidas adaptativas para lidiar con los problemas del TETP, consiguen desarrollar un mayor sentido de control sobre sus vidas y disminuir los síntomas de la patología<sup>9</sup>.

#### D. TERAPIA DE EXPOSICIÓN PROLONGADA (EP):

La Exposición Prolongada (EP) es tipo de psicoterapia específico de la Terapia Cognitiva Conductual. La EP se basa en que la exposición repetida a los sentimientos y situaciones relacionadas con el trauma puede ayudar a reducir los síntomas que presenta el paciente.

La terapia tendrá una duración de 8-15 sesiones de 60-90 minutos, en las que el individuo se expondrá de manera segura y continua a los recuerdos del trauma, deberá hablar sobre ellos, revivirlos y enfrentarse a todos aquellos estímulos relacionados con el trauma que se habían estado evitando. De esta manera el paciente se sentirá cómodo con esas situaciones y estímulos y ya no necesitará evitarlos, disminuyendo así la sintomatología y la propia patología<sup>10</sup>.

#### E. DEBRIEFING PSICOLÓGICO:

El “Debriefing o interrogatorio psicológico” es una terapia cuyo objetivo principal no es tratar el TEPT en sí, sino prevenirlo. Se basa en brindar apoyo emocional y psicológico inmediatamente después del suceso del evento traumático. La mayoría de las intervenciones implican una sola sesión, que puede durar de 1-3 horas, y que se ha de realizar en los días posteriores al acontecimiento traumático. A menudo se realiza esta sesión en grupos<sup>11</sup>.

#### F. TRATAMIENTO DE INOCULACIÓN DE ESTRÉS:

El tratamiento de inoculación de estrés se basa en la enseñanza de técnicas y habilidades de afrontamiento para que el individuo aprenda a controlar el estrés y la ansiedad. Incluye el entrenamiento de la relajación muscular, reestructuración cognitiva, ejercicios de respiración, habilidades de asertividad, interrupción del pensamiento, juego de roles y autodiálogo...

Esta técnica se utiliza de manera conjunta con otras terapias como las cognitivo-conductuales<sup>12</sup>.

#### G. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Inicialmente el tratamiento farmacológico no se ha considerado tratamiento de elección, sino que se ofrecía de forma complementaria a la psicoterapia. Se utilizaba principalmente para paliar los síntomas de patologías concomitantes como la depresión.

Los antidepresivos, en concreto los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), han sido el tratamiento farmacológico utilizado más comúnmente. También se utilizan fármacos antipsicóticos, en aquellos pacientes que no responden adecuadamente a los antidepresivos y la psicoterapia.

Algunos de los ISRS más utilizados son: Sertralina, Escitalopram, Fluoxetina...<sup>13</sup>

### 3.5 *Enfermería y el TEPT:*

Los profesionales de Enfermería están considerados los principales cuidadores en el área de salud. Juegan un papel fundamental en el trato y cuidado del paciente, debido al contacto prolongado y frecuente que tienen con los mismos. La Enfermería se ha reconocido como la profesión del área de la salud donde existe un mayor nivel de estrés relacionado con el entorno laboral. Estos profesionales están expuestos a numerosos riesgos con efectos físicos y psicológicos derivados de factores como la sobrecarga de trabajo, horarios por turnos (turnos nocturnos), conflictos emocionales, atención de situaciones extremas (accidentes, fallecimientos, catástrofes, atentados...) y otros factores inherentes al contacto con los pacientes<sup>15</sup>.

El 73% de las enfermeras refiere que su trabajo es estresante<sup>14</sup>. Se ha demostrado que la prevalencia del estrés en profesionales de Enfermería es del 55%, para la ansiedad del 41,1% y un 69,4% para la depresión. Este nivel de estrés se relaciona principalmente con la sobrecarga de trabajo, debido a la reducida dotación de personal; y con la gestión de los sentimientos y emociones que provoca la muerte de los pacientes. Además se encontró que el 41% de las enfermeras en un hospital tienen bajo nivel de satisfacción laboral y que el 22% de ellas pretendían dejar su profesión en menos de un año, como consecuencia del estrés laboral<sup>15</sup>.

A su vez, las enfermeras de los servicios de urgencias y emergencias trabajan en un entorno laboral todavía más estresante. Esto se debe al tipo de enfermedades que manejan, muchas de ellas potencialmente mortales, interacción con accidentes, traumas, trato con familiares ansiosos y más exigentes...<sup>16</sup>

Esta situación de estrés diario que sufren los profesionales de enfermería en su trabajo puede provocar una pérdida de productividad, disminución del rendimiento, agotamiento emocional y físico de los trabajadores... Todo ello radica en el aumento de la tasa de errores y pérdida de la calidad de los cuidados, afectando a la seguridad del paciente<sup>14</sup>. Además, este estrés es causa de la pérdida del bienestar físico y psicológico de los profesionales. El estrés laboral está íntimamente relacionado con un aumento del IMC, es factor de riesgo para

enfermedades cardiovasculares, cáncer...<sup>16</sup>

Este nivel de estrés en el trabajo puede provocar un deterioro en la salud física y mental de los profesionales de Enfermería, que podemos definir con los diagnósticos enfermeros, sus resultados e intervenciones. Reflejados en el “Anexo III”.

## 4. MATERIAL Y MÉTODOS:

### 4.1. DISEÑO:

Podemos dividir la metodología utilizada en este proyecto en dos fases:

**Fase de documentación:** primera fase, toma de contacto con el problema. Se realizó:

- Búsqueda bibliográfica de documentación acerca del Trastorno de Estrés Postraumático, su prevalencia, síntomas, tratamiento... Las bases de datos utilizadas fueron: PUBMED, WOS, SCOPUS, JCR y COCHRANE
- Elaboración de una encuesta validada (Anexo IV)
- Cumplimentación de las solicitudes para el Comité Ético

### **Fase de desarrollo:**

Distribución de la encuesta (Anexo IV), por los servicios de Urgencias y Emergencias de Valladolid. Se distribuyó en formato físico (en papel) y en formato digital, a través de la aplicación “Google Forms”.

Una vez recogidos los datos, se realizó un análisis estadístico de los mismos. El diseño del análisis es cuantitativo, descriptivo y transversal.

### 4.2. POBLACIÓN DIANA. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN:

La encuesta va dirigida a profesionales de Enfermería que desempeñen su actividad laboral en el servicio de Emergencias Prehospitalarias de Castilla y León, y en los en los servicios de Urgencias de Valladolid.

- **Criterios de inclusión:** profesionales sanitarios de la categoría “Enfermería”, de los servicios de Emergencias de Castilla y León, y de los servicios de Urgencias de los Hospitales (Clínico Universitario de Valladolid, Rio Hortega y Comarcal de Medina del Campo) y Centros de Urgencias P.A.C. de las Áreas de Salud de Valladolid (Área Este y Área Oeste). Se incluyen ambos sexos y todas las edades.
- **Criterios de exclusión:** personal sanitario de una categoría distinta a Enfermería (médicos, TCAE...). Enfermeros que trabajen en un servicio distinto al servicio de Urgencias y Emergencias.

La muestra con la que se realizó la recogida de datos es de 80 personas. La muestra se obtuvo mediante el método de muestreo no aleatorio intencional o de conveniencia.

#### 4.3. CRONOGRAMA:

- Tiempo de recogida de datos: 2 meses y medio (desde 1/02/2021 a 15/04/2021)
- Tiempo de análisis de los datos, consecución de los objetivos y realización del estudio: 1 mes (desde 15/04/2021 a 15/05/2021)

#### 4.4. VARIABLES DEL ESTUDIO:

Vivencia de situación traumática en el trabajo, pensamientos dolorosos, pesadillas, revivir la situación, recordarla, revivirla, manifestaciones físicas, evitación de pensamientos, evitación de tareas en el trabajo, no recordar partes del suceso, no disfrutar del trabajo, distanciamiento con los compañeros, no presentar sentimientos sobre el suceso, cumplimiento de objetivos propuestos, problemas del sueño, irritabilidad/ira, concentración en el trabajo, nerviosismo, y estar en guardia.

#### 4.5. INSTRUMENTOS DE MEDIDA:

Se utilizó un único cuestionario anónimo y autoadministrado basado en la “Escala de Trauma de Davidson”. Esta escala valora la frecuencia y gravedad de los síntomas del TEPT en sujetos que han sufrido un evento estresante. Sus ítems se basan en los criterios DSM-IV. La encuesta cuenta con 17 ítems, todos ellos síntomas del trastorno. Mediante el cuestionario se mide la frecuencia de aparición de los mismos, mediante 5 respuestas (nunca, a veces, 2-3 veces por semana, 4-6 veces por semana siempre) con una puntuación de 0 a 4 puntos; y la gravedad mediante otras 5 (nada, leve, moderada, marcada, extrema)<sup>17</sup>.

El cuestionario elaborado para el trabajo se basa en la “Escala de Trauma de Davidson” incluyendo únicamente la valoración de la frecuencia de aparición de los síntomas. Además, no abarca solo la semana previa, sino toda la vida laboral del encuestado.

#### 4.6. RECURSOS:

- Materiales: ordenador, impresora, programa de cuestionarios (Google Forms), programas de análisis de datos: SPSS, Excel..., bases de datos: WOS, Pubmed, Cochrane...
- Humanos: estudiante de 4º de Enfermería, tutor del TFG

#### 4.7. CONSIDERACIONES ÉTICO-LEGALES:

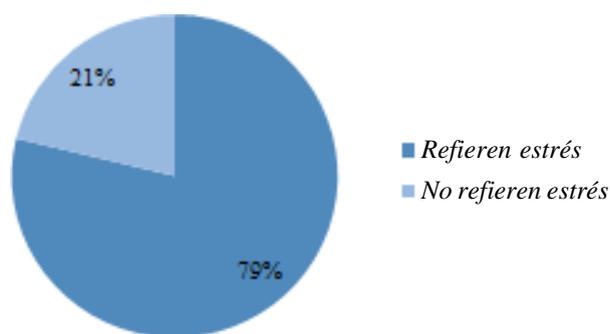
Previamente a la recogida de datos, se solicitó la conformidad del Comité Ético de la Facultad de Enfermería de Valladolid y los Comités Éticos de Investigación del Área de Salud Este y del Área de Salud Oeste.

Las encuestas se realizaron de forma voluntaria por parte de los participantes, manteniendo el anonimato de los mismos. Las respuestas se guardan de forma anónima y la información se trata de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, 5 de diciembre, publicada en el BOE el 6 de diciembre de 2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Al rellenar la encuesta, expresan su consentimiento para utilizar los datos en la investigación. Además se les proporcionó una dirección de correo electrónico y un número de teléfono para utilizar en caso de duda, o necesitar mayor información.

La encuesta se realizó con la aplicación “Google Forms” que garantiza el anonimato de los participantes, ya que no indica en ningún momento la identidad de la persona que responde.

## 5. RESULTADOS

En la figura 1 se presentan los datos descriptivos de la muestra total. La muestra total está formada por 80 personas. Se encontró que 63 personas (79%) refirieron haber vivido alguna situación en el trabajo que les causó un nivel de estrés afectando a su vida laboral, mientras que 17 de ellas (21%) refirieron lo contrario, no haberlo sufrido.



*Figura 1. Vivencia de una situación estresante en el trabajo*

Fuente: Elaboración propia

Se decidió analizar la frecuencia de aparición de los distintos síntomas que causa el TEPT en los profesionales de Enfermería. Se estudiaron 17 síntomas, con su frecuencia de aparición en función de cinco respuestas: nunca, a veces, 2-3 veces por semana, 4-6 veces por semana y siempre. En la tabla 1 se observan las frecuencias relativas y absolutas de los 17 ítems. Se obtuvieron puntajes más altos para “nunca” y “a veces”; y mucho menores para “4-6 veces por semana” y “siempre”.

Más de la mitad de los encuestados refirió no haber manifestado nunca pesadillas (54%), manifestaciones físicas (73%), reexperimentación del evento traumático (58%), evitación de pensamientos (58%) y tareas en el trabajo relacionadas con el suceso (73%), insensibilidad (56%), incapacidad de recordar partes del suceso (75%) y distanciamiento con los compañeros (69%).

Mientras que síntomas como: experimentar pensamientos dolorosos (83%), recordar el suceso (59%), no disfrutar del trabajo (78%), problemas para conciliar y mantener el sueño (60%), irritabilidad/ira (56%), ausencia de concentración en el trabajo

(78%), nerviosismo (66%) y estar en guardia durante la jornada laboral (71%), fueron padecidos varias veces por semana, por más de la mitad de los encuestados.

Tabla 1. Frecuencia de aparición de los síntomas

FRECUENCIAS	Nunca			A veces			2-3 veces			4-6 veces			Siempre		
	Frel	Fabs	%	Frel	Fabs	%	Frel	Fabs	%	Frel	Fabs	%	Frel	Fabs	%
<i>Pensamientos dolorosos</i>	0,088	7	9%	0,825	66	83%	0,038	3	4%	0,025	2	3%	0,025	2	3%
<i>Pesadillas</i>	0,538	43	54%	0,438	35	44%	0,013	1	1%	0,000	0	0%	0,013	1	1%
<i>Revivir la situación</i>	0,575	46	58%	0,413	33	41%	0,000	0	0%	0,000	0	0%	0,013	1	1%
<i>Recordarlo</i>	0,375	30	38%	0,588	47	59%	0,025	2	3%	0,000	0	0%	0,013	1	1%
<i>Manifestaciones físicas</i>	0,725	58	73%	0,238	19	24%	0,013	1	1%	0,013	1	1%	0,013	1	1%
<i>Evitación de pensamientos</i>	0,575	46	58%	0,388	31	39%	0,013	1	1%	0,000	0	0%	0,025	2	3%
<i>Evitación de tareas en el trabajo</i>	0,725	58	73%	0,213	17	21%	0,025	2	3%	0,000	0	0%	0,038	3	4%
<i>No recordar partes del suceso</i>	0,750	60	75%	0,225	18	23%	0,013	1	1%	0,000	0	0%	0,013	1	1%
<i>No disfrutar del trabajo</i>	0,150	12	15%	0,775	62	78%	0,063	5	6%	0,013	1	1%	0,000	0	0%
<i>Distante con los compañeros</i>	0,688	55	69%	0,050	4	5%	0,213	17	21%	0,038	3	4%	0,013	1	1%
<i>Sin sentimientos sobre el acontecimiento</i>	0,563	45	56%	0,375	30	38%	0,038	3	4%	0,013	1	1%	0,013	1	1%
<i>Cumplir objetivos en el trabajo</i>	0,475	38	48%	0,413	33	41%	0,038	3	4%	0,025	2	3%	0,050	4	5%
<i>Problemas para dormir</i>	0,163	13	16%	0,600	48	60%	0,125	10	13%	0,063	5	6%	0,050	4	5%
<i>Irritabilidad/ira</i>	0,400	32	40%	0,563	45	56%	0,025	2	3%	0,013	1	1%	0,000	0	0%
<i>No concentrarse en el trabajo</i>	0,175	14	18%	0,775	62	78%	0,038	3	4%	0,013	1	1%	0,000	0	0%
<i>Nerviosismo</i>	0,275	22	28%	0,663	53	66%	0,038	3	4%	0,000	0	0%	0,025	2	3%
<i>Estar en guardia en el trabajo</i>	0,200	16	20%	0,713	57	71%	0,038	3	4%	0,013	1	1%	0,038	3	4%

Fuente: Elaboración propia

Para recoger los datos de la tabla 1 de manera más visual, se elaboró un gráfico de barras. Se asignó a cada síntoma un número consecutivo del 1 al 17<sup>1</sup>, y a cada frecuencia un color. Las barras más altas, indican mayor puntaje, por lo que las frecuencias de aparición de los síntomas más repetidas son “nunca” y “a veces”.

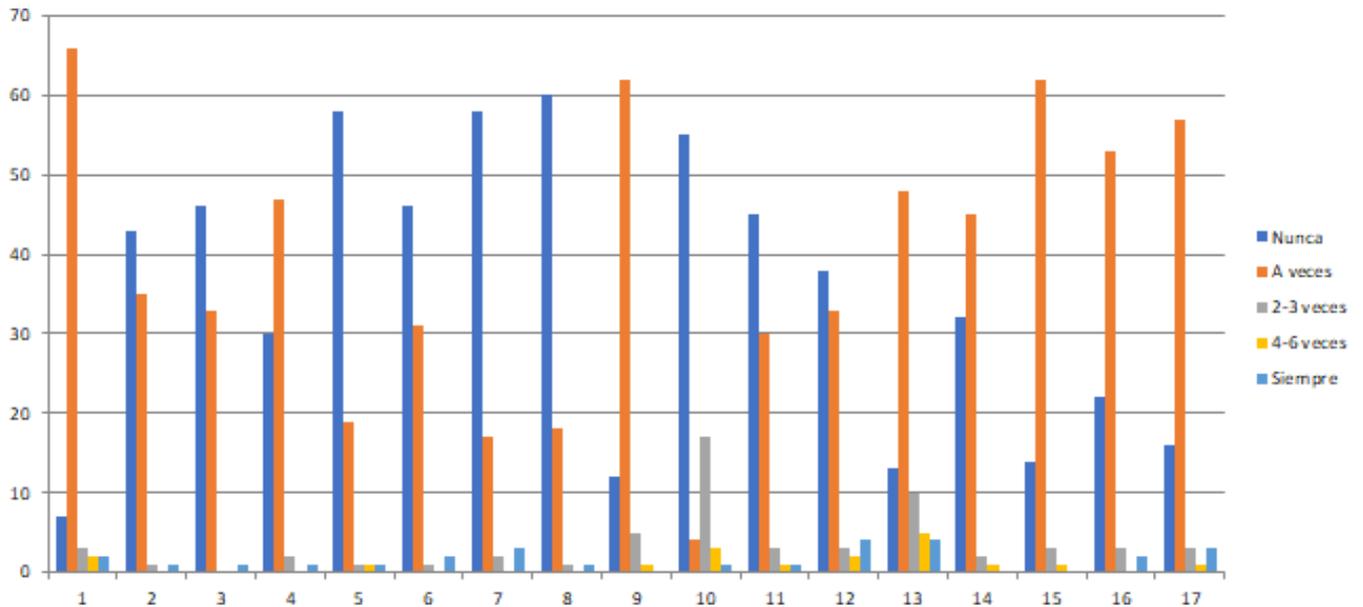


Figura 2. Gráfico de barras sobre la frecuencia de aparición de los síntomas

Fuente: Elaboración propia con Microsoft Excel © 2010

Posteriormente, se calcularon la media, moda y mediana de cada variable, reflejadas en la tabla 2. Los resultados mostraron que la opción más repetida por los encuestados fueron “1” y “2”, que son “nunca” y “a veces” respectivamente.

Además, se calculó la varianza, desviación típica y coeficiente de variación, que evidenciaron que la variedad de los datos es baja, es decir, que los datos forman un conjunto homogéneo, y por tanto, la media aritmética es representativa del conjunto.

<sup>1</sup> Nota: pensamientos dolorosos - 1, pesadillas - 2, revivir la situación - 3, recordar el suceso - 4, manifestaciones físicas - 5, evitación de pensamientos - 6, evitación de tareas - 7, no recordar el suceso - 8, no disfrutar del trabajo - 9, distanciamiento con los compañeros - 10, sin sentimientos sobre el acontecimiento - 11, cumplimiento de objetivos - 12, problemas del sueño - 13, irritabilidad/ira - 14, ausencia de concentración - 15, nerviosismo - 16, estar en guardia - 17.

Tabla 2. Análisis estadístico descriptivo de los datos

<i>SÍNTOMAS</i>	<i>Media</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>	<i>Varianza</i>	<i>DT</i>	<i>CV</i>
<i>Pensamientos dolorosos</i>	2,08	2	2	0,45	0,67	32,33
<i>Pesadillas</i>	1,51	1	1	0,43	0,66	43,37
<i>Revivir la situación</i>	1,46	1	1	0,40	0,64	43,44
<i>Recordarlo</i>	1,69	2	2	0,42	0,65	38,41
<i>Manifestaciones físicas</i>	1,35	1	1	0,48	0,70	51,51
<i>Evitación de pensamientos</i>	1,51	1	1	0,58	0,76	50,44
<i>Evitación de tareas en el trabajo</i>	1,41	1	1	0,75	0,87	61,38
<i>No recordar partes del suceso</i>	1,30	1	1	0,39	0,62	48,03
<i>No disfrutar del trabajo</i>	1,94	2	2	0,26	0,51	26,41
<i>Distante con los compañeros</i>	1,64	1	1	1,04	1,02	62,40
<i>Sin sentimientos sobre el acontecimiento</i>	1,54	1	1	0,56	0,75	48,48
<i>Cumplir objetivos en el trabajo</i>	1,76	1	2	1,02	1,01	57,27
<i>Problemas para dormir</i>	2,24	2	2	0,94	0,97	43,40
<i>Irritabilidad/ira</i>	1,65	2	2	0,36	0,60	36,21
<i>No concentrarse en el trabajo</i>	1,89	2	2	0,25	0,50	26,65
<i>Nerviosismo</i>	1,84	2	2	0,52	0,72	39,15
<i>Estar en guardia en el trabajo</i>	1,98	2	2	0,63	0,80	40,26

Fuente: Elaboración propia

Se llevó a cabo un análisis de correlación, sintetizado en la tabla 3, con la finalidad de observar las posibles relaciones existentes entre los diferentes síntomas. Se evidenció que las correlaciones entre las variables son débiles, es decir, que los síntomas no guardan relación entre sí.

Tabla 3. Análisis de correlación de las variables

SÍNTOMAS <sup>2</sup>	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17
<b>S1</b>	-	0,49	0,48	0,52	0,59	0,34	0,27	0,07	0,42	0,24	0,17	0,19	0,32	0,00	0,25	0,26	0,34
<b>S2</b>	0,49	-	0,61	0,56	0,55	0,61	0,45	-0,01	0,47	0,34	0,00	0,07	0,50	0,17	0,06	0,47	0,32
<b>S3</b>	0,48	0,61	-	0,57	0,63	0,63	0,57	0,00	0,40	0,36	0,00	0,27	0,31	0,17	0,09	0,53	0,40
<b>S4</b>	0,52	0,56	0,57	-	0,55	0,51	0,41	0,08	0,40	0,25	-0,07	0,12	0,26	0,11	0,24	0,35	0,33
<b>S5</b>	0,59	0,55	0,63	0,55	-	0,52	0,58	0,19	0,45	0,45	0,15	0,25	0,33	0,12	0,29	0,47	0,57
<b>S6</b>	0,34	0,61	0,63	0,51	0,52	-	0,71	0,10	0,41	0,27	-0,02	0,18	0,31	0,32	-0,01	0,61	0,48
<b>S7</b>	0,27	0,45	0,57	0,41	0,58	0,71	-	0,28	0,46	0,31	0,01	0,23	0,18	0,18	0,22	0,72	0,69
<b>S8</b>	0,07	-0,01	0,00	0,08	0,19	0,10	0,28	-	0,10	-0,09	0,14	0,13	0,05	-0,09	0,23	0,14	0,32
<b>S9</b>	0,42	0,47	0,40	0,40	0,45	0,41	0,46	0,10	-	0,42	0,19	0,26	0,46	0,30	0,22	0,52	0,40
<b>S10</b>	0,24	0,34	0,36	0,25	0,45	0,27	0,31	-0,09	0,42	-	0,14	0,19	0,23	0,41	0,34	0,49	0,50
<b>S11</b>	0,17	0,00	0,00	-0,07	0,15	-0,02	0,01	0,14	0,19	0,14	-	0,42	0,28	0,14	0,26	0,19	0,24
<b>S12</b>	0,19	0,07	0,27	0,12	0,25	0,18	0,23	0,13	0,26	0,19	0,42	-	0,45	0,15	0,42	0,29	0,43
<b>S13</b>	0,32	0,50	0,31	0,26	0,33	0,31	0,18	0,05	0,46	0,23	0,28	0,45	-	0,28	0,24	0,27	0,22
<b>S14</b>	0,00	0,17	0,17	0,11	0,12	0,32	0,18	-0,09	0,30	0,41	0,14	0,15	0,28	-	0,33	0,45	0,33
<b>S15</b>	0,25	0,06	0,09	0,24	0,29	-0,01	0,22	0,23	0,22	0,34	0,26	0,42	0,24	0,33	-	0,30	0,50
<b>S16</b>	0,26	0,47	0,53	0,35	0,47	0,61	0,72	0,14	0,52	0,49	0,19	0,29	0,27	0,45	0,30	-	0,81
<b>S17</b>	0,34	0,32	0,40	0,33	0,57	0,48	0,69	0,32	0,40	0,50	0,24	0,43	0,22	0,33	0,50	0,81	-

Fuente: Elaboración propia

<sup>2</sup>Nota: S1: pensamientos dolorosos, S2: pesadillas, S3: revivir la situación, S4: recordar el suceso, S5: manifestaciones físicas, S6: evitación de pensamientos, S7: evitación de tareas, S8: no recordar el suceso, S9: no disfrutar del trabajo, S10: distanciamiento con los compañeros, S11: sin sentimientos sobre el acontecimiento, S12: cumplimiento de objetivos, S13: problemas del sueño, S14: irritabilidad/ira, S15: ausencia de concentración, S16: nerviosismo, S17: estar en guardia.

## 6. DISCUSIÓN:

Enfermería es una de las profesiones de la salud más exigentes. Esto predispone a sus profesionales a sufrir gran cantidad de estrés laboral en comparación con otras profesiones sanitarias. Esta exposición a altos niveles de estrés representa un riesgo importante para la salud de las enfermeras a largo plazo<sup>16</sup>.

Los principales hallazgos del estudio demostraron que hasta el 79% de los enfermeros de los servicios de Urgencias y Emergencias de Castilla y León han sufrido estrés laboral, concordando estos datos con los resultados obtenidos en otros estudios como el de “Lima J et al”, donde se encontró que el 73% de los enfermeros encuestados consideraban su trabajo muy estresante<sup>14</sup>. En otras investigaciones, como la realizada por “Badil H et al” se halló que el 87,45% de las enfermeras sufrían estrés en su trabajo diario<sup>17</sup>, y el 83,9% en el estudio de “Tajvar A et al”<sup>18</sup>; siendo estas puntuaciones algo más elevadas, pero similares a las obtenidas en la investigación.

En cuanto a la prevalencia de sintomatología asociada al TEPT, en el presente estudio se encontró que todos los encuestados presentaban alguno de los diecisiete síntomas estudiados. Los enfermeros encuestados presentaron los siguientes síntomas con mayor frecuencia, pensamientos dolorosos a cerca del suceso traumático (83%), no disfrutar de su trabajo (78%) y no concentrarse durante la jornada laboral (78%). Mientras que los síntomas que aparecieron con menor frecuencia fueron distanciamiento con los compañeros (5%), evitación de tareas propias del trabajo (21%) y no recordar partes del suceso traumático (23%).

La comparación de la frecuencia de aparición de los síntomas obtenida en este estudio, con estudios realizados con anterioridad, fue dificultosa y deficiente, debido a la escasa información encontrada. Únicamente se encontraron estudios que investigaran acerca de síntomas como ansiedad, depresión y satisfacción laboral, haciendo imposible la comparación de los datos obtenidos.

### 6.1. Fortalezas del estudio:

La principal fortaleza del estudio radica en su estilo simple, su sencilla aplicación a la práctica y su bajo costo económico, que permiten una fácil reproductibilidad. Señalar también, la gran participación y colaboración por parte de los profesionales de Enfermería y la disminución de sesgos al utilizar una encuesta autoadministrada y no utilizar encuestadores.

Además, la fiabilidad de los datos obtenidos es alta, ya que se utilizó un cuestionario validado, la “Escala de Trauma de Davidson”,<sup>20</sup>.

### 6.2. Limitaciones del estudio:

Una de las limitaciones principales de este trabajo de investigación es el uso exclusivo de la “Escala de Trauma de Davidson”, resultando así una recogida de datos centrada en los síntomas y su frecuencia de aparición, poco exhaustiva. La utilización de esta escala como única medida de obtención de datos minimiza la información a la frecuencia de aparición de los síntomas de TEPT, dejando de lado otras variables como: sexo y edad de los encuestados, periodo de tiempo en el que se desarrollan los síntomas, tratamiento o ayuda recibida tras el suceso traumático...

Otra de las limitaciones encontradas a la hora de realizar el estudio es la utilización de encuestas en formato “papel”. Es un método que requiere un empleo mayor de tiempo, para entregarlas, recogerlas, pasar los datos a un programa estadístico... Además de existir la posibilidad de que las encuestas ya respondidas no se almacenen correctamente y se pierdan.

### 6.3. Aplicación a la práctica clínica:

El estudio realizado refleja que el 79% de los profesionales enfermeros de los servicios de Urgencias y Emergencias sufren estrés laboral. Este deja patente la existencia de un problema real que está afectando a los enfermeros provocando así, un aumento de la tasa de errores y la pérdida de calidad de los cuidados que se ofrecen al paciente.

Es necesario abordar las distintas causas que provocan estrés a los enfermeros (turnos nocturnos, sobrecarga laboral, atención de situaciones extremas...) y las consecuencias de las mismas (estrés, ansiedad, depresión...) <sup>15</sup>. Esto podría llevarse a cabo desde los servicios de Prevención de Riesgos Laborales. Podrían ofrecerse también cursos y jornadas formativas como los que ofrece el “Colegio Oficial de Psicología de Castilla y León,

Es conveniente, también, recalcar a los profesionales la importancia de aceptar el problema y solicitar ayuda a los medios disponibles.

#### 6.4. Futuras líneas de investigación:

De acuerdo a lo ya mencionado en el apartado 6.2 limitaciones del estudio, como líneas futuras de investigación se podría estudiar la relación entre la frecuencia de aparición de los síntomas y otras variables como sexo y edad, años trabajados en el Servicio de Urgencias y Emergencias, tipo de suceso traumático... Es decir, realizar un estudio más exhaustivo investigando todas aquellas variables susceptibles de estar relacionadas con el TEPT y la aparición de los distintos síntomas.

El estudio se ha llevado a cabo durante una situación de pandemia mundial, provocada por el virus SARS-CoV2, por lo que en un futuro se podría realizar un estudio comparativo entre los datos obtenidos en el presente estudio y la situación a los seis o doce meses tras la finalización de la pandemia y normalización de la situación.

## 7. CONCLUSIONES:

Una vez realizado el estudio, a partir de los datos obtenidos, podemos concluir que la mayor parte de los enfermeros (79%) que desempeñan su actividad laboral en los servicios de Urgencias y Emergencias de Castilla y León sufren estrés asociado a su trabajo. Este nivel de estrés que experimentan provoca la aparición de síntomas característicos de TEPT, cuya frecuencia de aparición más común es de alguna vez durante la semana. Todos los encuestados refieren padecer al menos uno de los síntomas estudiados. Además, el estudio revela que los síntomas aparecen de manera independiente, no existiendo correlación entre ellos.

El estudio fue realizado durante la pandemia mundial provocada por el virus SARS-CoV2, una situación excepcional que ha afectado al total de la población, pero en mayor medida a los profesionales sanitarios que han tenido que hacerle frente. Este problema ha conllevado un aumento de los ingresados graves en hospitales, de fallecimientos, de la carga laboral, la disminución de personal por contagios... Junto con otros factores como la falta de medios materiales, falta de información y conocimientos acerca del virus... Todos ellos son factores de riesgo que incrementan las posibilidades de sufrir TETP.

Este trabajo de investigación deja patente la existencia de un problema de estrés que está afectando a la mayor parte de la plantilla de profesionales enfermeros de los servicios de Urgencias y Emergencias y la necesidad de actuar para solucionarlo.

Hasta el momento no se ha otorgado al problema la importancia adecuada, por lo que no se toman medidas y los profesionales no reciben el apoyo y la atención necesaria. Sería adecuado implementar cada cierto tiempo jornadas, sesiones formativas y técnicas como el “Debriefing psicológico” que pueden realizarse en grupo, con la intención de identificar y tratar los factores de riesgo para evitar un problema prevenible como es el TEPT.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

1. González-Brignardello MP, Martín Vázquez AM. Tratamiento de un caso de trastorno por estrés postraumático con EMDR dentro de un marco cognitivo-conductual [Internet]. 2004 [citado 20 de febrero de 2021]; (3): 337-354. Recuperado a partir de: <https://journals.copmadrid.org/clysa/archivos/92272.pdf>
2. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM.5ª), 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2014. p. 271-286
3. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad [Internet] [lugar desconocido]: CIE-11; 2020 [citado 25 de febrero 2021]. Recuperado a partir de: <http://id.who.int/icd/entity/2070699808>
4. OMS, Organización Mundial de la Salud [Internet] Ginebra: 2013 [Citado 25 de febrero 2021] Recuperado a partir de: [https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma\\_mental\\_health\\_20130806/es/](https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/es/)
5. Lago Blanco E, Larraz Greijo G. EMDR: Revisión de la técnica y aplicación a un caso clínico. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace [Internet]. 2012 [Citado 16 marzo de 2021]; 104: 1-5. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4394097>
6. García FE, Miranda Hermosilla F. Predictores de sintomatología postraumática aguda y crecimiento post-estrés tras un accidente laboral reciente. Actualidades en Psicología 2019; 33(126): 117-135. doi: 10.15517/ap.v33i126.32680
7. Psychological treatments. Division 12 of the American Psychological Association [Internet] Society of Clinical Psychology; 2016 [citado 28 marzo de 2021]. Recuperado a partir de: <https://div12.org/treatments/>
8. Resick PA, Monson CM, Chard KM. Cognitive processing therapy veteran/military vaersion: Therapist Manual [Internet] Washington DC: Department of Veterans' Affairs; 2008 [citado 4 de abril de 2021]. 149p. Recuperado a partir de: [https://www.div12.org/wp-content/uploads/2015/08/Terapia\\_de\\_Procesamiento\\_Cognitivo\\_MANUAL\\_PARA\\_EL\\_TE\\_RAPEUTA1.pdf](https://www.div12.org/wp-content/uploads/2015/08/Terapia_de_Procesamiento_Cognitivo_MANUAL_PARA_EL_TE_RAPEUTA1.pdf)
9. Belsher BE, Beech E, Evatt D, Smolenski DJ, Shea MT, Otto JL et al. Terapia centrada en el presente (TCP) para el trastorno por estrés postraumático (TEPT) en pacientes adultos. Cochrane Database of Systematic Reviewss. 2019; 11 (CD012898). doi:

10.1002/14651858.CD012898.pub2

10. Treatment: Prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder. [Internet] Division 12 of the American Psychological Association Society of Clinical Psychology. 2016 [citado 5 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <https://div12.org/treatment/prolonged-exposure-therapy-for-post-traumatic-stress-disorder/>
11. Psychological Debriefing for post-traumatic stress disorder. [Internet] Division 12 of the American Psychological Association Society of Clinical Psychology. 2016 [citado 5 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <https://div12.org/treatment/psychological-debriefing-for-post-traumatic-stress-disorder/>
12. Stress inoculation training for post-traumatic stress disorder. [Internet] Division 12 of the American Psychological Association Society of Clinical Psychology. 2016 [citado 6 de abril de 2021]. Recuperado a partir de: <https://div12.org/treatment/stress-inoculation-training-for-post-traumatic-stress-disorder/>
13. Hetrick SE, Purcell R, Garner B, Parslow R. Combined pharmacotherapy and psychological therapies for post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet] 2010 [Citado 6 de abril de 2021]; 7(CD007316). doi: 10.1002/14651858.CD007316.pub2
14. Lima J, Queirós C, Borges E, Abreu M. Saúde dos enfermeiros: presentismo e stress no trabalho. RICOT (Rede de Investigação sobre Condições de Trabalho). 2019; (17): 90-107. doi: <https://doi.org/10.25762/5y9p-fj60>
15. Faisal S, Lim K., Yuen W, Kar C. Psychological distress and its Association with job satisfaction among nurses in a teaching hospital. *Journal of Clinical Nursing*. 2019; 28 (21-22): 4087-4097. doi: 10.1111/jocn.14993
16. Bardhan R, Heaton K, Davis M, Chen P Dickinson DA, Lungu CT. A Cross Sectional Study Evaluating Psychosocial Job Stress and Health Risk in Emergency Department Nurses. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2019; 16(18): 324.3 doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph16183243>
17. Badil, SH., Ali S, Siddiqui M. Severity of stress in nurses everyday life in Karachi, Pakistan. *Journal of Liaquat University of Medical & Health Sciences*. 2017; 16 (1), 62–67. doi: 10.22442/jlumhs.171610508

18. Tajvar A, Saraji GN, Ghanbarnejad A, Omid L, Hosseini S, Abadi A. Occupational stress and mental health among nurses in a medical intensive care unit of a general hospital in Bandar Abbas in 2013. *Electron Physycian*. 2015; 7 (3): 1108-1113. doi: 10.14661/2015.1108-1113
19. NNNConsult. Elsevier [Internet] 2021 [citado el 5 de mayo de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www-nnnconsult-com.ponton.uva.es/index.php>
20. Sánchez H, Duarte G, González T, Sánchez MB, Gomariz D. Care in post-traumatic syndrome due to gender violence: A case report. *Enfermería Clínica*. 2017; 27 (4): 256-264. doi: 10.1016/j.enfcle.2017.05.001
21. Villafañe A, Milanesio MS, Marcellino CM, Amodei C. La Evaluación Del Trastorno Por Estrés Postraumático: Aproximación A Las Propiedades Psicométricas De La Escala De Trauma De Davidson. *Revista Evaluar*. 2003; 3(1): 80–93. doi: <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v3.n1.608>
22. Escala de Trauma de Davidson (Davidson Trauma Scale, DTS) [Internet] Instrumentos de evaluación para los trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes [citado 3 de Enero de 2021]. Recuperado a partir de: <https://www.sati.org.ar/files/DTS%20ESCALA%20DE%20TRAUMA%20DE%20DAVIDSON.pdf>

## 9. ANEXOS

### ANEXO I: Terapia del Procesamiento Cognitivo

La **Terapia de Procesamiento Cognitivo (TPC)**, se aplica a lo largo de 12 sesiones que son:

- Sesión 1: Introducción y educación
- Sesión 2: El significado del acontecimiento
- Sesión 3: Identificación de emociones y pensamientos
- Sesión 4: Recuerdo del acontecimiento traumático
- Sesión 5: Identificación de los puntos de estancamiento
- Sesión 6: Preguntas de desafío
- Sesión 7: Patrones de pensamiento problemático
- Sesión 8: Cuestiones sobre la seguridad
- Sesión 9: Cuestiones sobre la confianza
- Sesión 10: Cuestiones sobre el poder/control
- Sesión 11: Cuestiones sobre la estima
- Sesión 12: Cuestiones sobre la intimidad y el significado del acontecimiento<sup>8</sup>

## ANEXO II: Técnica EMDR

La técnica de **EMDR “Eye Movement Desensitization and Reprocessing”** cuenta con un protocolo de actuación formado de las siguientes fases<sup>5</sup>:

- Fase 1: Historia Clínica y Plan de Tratamiento

En esta fase se produce la primera toma de contacto con el sujeto. Realizamos la recogida de datos, a través de la entrevista, gracias a la que se elabora la HC del paciente y se establecen los objetivos específicos que queremos alcanzar con el tratamiento. Para ello, debemos evaluar la capacidad, tanto a nivel físico como a nivel psicológico, del individuo para manejar y tolerar la emoción intensa a la que se verá sometido en las sesiones.

- Fase 2: Preparación

La segunda fase, como su nombre indica, consiste en preparar al individuo para la sesión. Se debe informar sobre el procedimiento a seguir. En esta fase se escoge la estimulación que se va a utilizar con el paciente: ocular, táctil o auditiva. La estimulación ocular es la más estudiada, consiste en situar los dedos índice y corazón a unos 30 centímetros de la cara del paciente y realizar movimientos laterales y oblicuos (unos 2 movimientos por segundo). El segundo tipo, estimulación táctil o “tapping” consiste en aplicar una serie de golpes en las rodillas, hombros o manos del paciente. Y por último, la estimulación auditiva, en la que se intercalan tonos y silencios en ambos oídos. En esta fase, además, se acordará con el sujeto una señal de parada no verbal y la identificación de un lugar seguro, ya que pueden aparecer sensaciones muy intensas entre y durante las sesiones. Se deben explicar también, los posibles efectos secundarios como dolor de cabeza, náuseas, vómitos, cansancio postsesión... No se iniciará la técnica, hasta que el paciente no esté informado, cómodo y decidido. Asimismo debe firmar el consentimiento informado.

- Fase 3: Evaluación

En esta fase se define el foco del trabajo, es decir, el sujeto identifica la imagen más representativa del evento traumático y la cognición negativa asociada. A su vez, se verá registrarse una cognición positiva, que será la que reemplace a la negativa en la “Fase 5”. En el caso de que el paciente refiera lagunas, se

trabaja con el recuerdo de lo que le han contado.

Según la Dra Shapiro, el tratamiento de las cogniciones negativas asociadas a un acontecimiento traumático se agrupa en cuatro categorías: autoconcepto, responsabilidad, falta de seguridad y falta de control/elección.

- Fase 4: Desensibilización

Las tres fases anteriores se consideran fases de preparación. Es esta cuarta fase, donde se aplica la técnica específica de EMDR que la caracteriza.

En esta fase, es el paciente el que realiza la mayor parte del trabajo. El terapeuta únicamente dirige a la persona hasta que su nivel de USP se reduce a 0 o 1. Para ello, el paciente debe permanecer intensamente concentrado en el segmento más aflictivo del recuerdo traumático, mientras se le aplican tandas de estimulación. Durante la sesión pueden aparecer cambios indicadores de que el procesamiento está teniendo lugar, algunos de ellos son: disminución del nivel de ansiedad, apertura del foco atencional hacia otros aspectos, modificaciones de la experiencia emocional...

- Fase 5: Instalación

Es una fase breve. El objetivo de esta fase consiste en anclar la cognición positiva, para reemplazar la negativa, desestabilizada en la fase anterior.

Para ello, se realiza un proceso similar al de la "Fase 4", pero con la atención centrada en la cognición positiva. Se debe continuar hasta que el paciente alcance en la escala VC un valor de 6 o 7.

- Fase 6: Body Scan o Chequeo Corporal

Se realiza un enfoque corporal, es decir, valoramos si el paciente tiene alguna molestia. Si no las tiene, se realizan tandas cortas de estimulación, si las tiene han de ser largas, finalizando en un lugar seguro. Esta fase es la prueba final de que el recuerdo ha sido procesado.

- Fase 7: Cierre

En esta penúltima fase, el objetivo es llevar al paciente a un estado de equilibrio emocional. Si el procesamiento ha sido completo, no es necesaria la aplicación de ninguna técnica. En caso contrario, se puede utilizar técnicas de

reducción de la ansiedad e informar al paciente de que puede que el procesamiento continúe entre las sesiones, para lo cual es necesario que elabore un registro.

- Fase 8: Reevaluación

Es la última fase, en ella se evalúa la situación trabajada en la sesión anterior, con el fin de determinar si los efectos logrados se mantienen o si ha quedado algún aspecto por procesar<sup>5</sup>.

## ANEXO III: Diagnósticos de Enfermería, resultados y actividades

*Tabla 4. Diagnósticos de Enfermería*

<b>PLAN ESTÁNDAR: TEPT</b>		
DIAGNÓSTICOS: DRE/DRI F. RELACIÓN/RIESGO	RESULTADOS/INDICADORES	INTERVENCIONES/ACTIVIDADES
<p>DRE 00078: Gestión ineficaz de la salud</p> <p>FRE: Percepción de beneficios</p> <p>FRE: Percepción de gravedad del problema</p>	<p>RES 1862: Conocimiento: manejo del estrés</p> <p>IND 18201: Factores que causan estrés</p> <p>IND 186203: Respuesta física al estrés</p>	<p>En desarrollo</p>
<p>DRE 00072: Negación ineficaz</p> <p>FRE: Desplazamiento del origen de los síntomas</p> <p>FRE: Minimiza los síntomas</p>	<p>RES 1211: Nivel de ansiedad</p> <p>IND 121102: Impaciencia</p> <p>IND 121108: Irritabilidad</p> <p>IND 121112: Dificultad de concentración</p>	<p>INT 5820: Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad</li>   <li>- ACT: Proporcionar objetos que simbolicen seguridad</li> </ul>
<p>DRE 00141: Síndrome postraumático</p> <p>FRE: Ansiedad</p> <p>FRE: Agresión</p> <p>FRE: Ataques de pánico</p>	<p>RES 1302: Afrontamiento de problemas</p> <p>IND 130204: Refiere disminución de estrés</p> <p>IND 130205: Verbaliza aceptación de la situación</p>	<p>INT 5230: Mejorar el afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Proporcionar un ambiente de aceptación</li>   <li>- ACT: Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia</li> </ul>

<p>DRE 00145: Riesgo de síndrome postraumático</p> <p>FRI: Apoyo insuficiente</p> <p>FRI: Percepción traumática del acontecimiento</p>	<p>RES 1302: Afrontamiento de problemas</p> <p>IND 130204: Refiere disminución de estrés</p> <p>IND 130205: Verbaliza aceptación de la situación</p>	<p>INT 5230: Mejorar el afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Proporcionar un ambiente de aceptación</li> <li>- ACT: Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia</li> </ul>
<p>DRE 00035: Riesgo de lesión</p> <p>FRI: Deterioro de los mecanismos de defensa primaria</p>	<p>RES 1911: Conductas de seguridad personal</p> <p>IND 191117: Evita el abuso de alcohol</p> <p>IND 191119: Evita conductas de alto riesgo</p>	<p>INT 5510: Educación para la salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables</li> <li>- ACT: Formular los objetivos del programa de Educación para la salud</li> </ul>
<p>DRE 00234: Riesgo de sobrepeso</p> <p>FRI: Alteración de la conducta alimentaria</p> <p>FRI: Trastornos del sueño</p>	<p>RES 1004: Estado nutricional</p> <p>IND 100401: Ingesta de nutrientes</p> <p>IND 100405: Relación peso/talla</p>	<p>INT 5246: Asesoramiento nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente</li> <li>- ACT: Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional</li> </ul>
<p>DRE 00124: Desesperanza</p> <p>FRE: Cambios en el patrón de sueño</p> <p>FRE: Disminución de la iniciativa</p>	<p>RES 1201: Esperanza</p> <p>IND 120101: Expresión de una orientación futura positiva</p> <p>IND 120102: Expresión de confianza</p>	<p>INT 5310: Dar esperanza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Ampliar el repertorio de mecanismos de afrontamiento del paciente</li> <li>- ACT: Ayudar al paciente a diseñar y revisar las metas relacionadas con el objeto de esperanza</li> </ul>

<p>DRE 00097: Disminución de la implicación en actividades recreativas</p> <p>FRE: Aburrimiento</p> <p>FRE: Inexpresividad</p>	<p>RES 1209: Motivación</p> <p>IND 120901: Planes para el futuro</p> <p>IND 120903: Obtiene los recursos necesarios</p>	<p>INT 5395: Mejora de la autoconfianza</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Explorar la percepción del individuo de su capacidad de desarrollar la conducta deseada</li> <li>- ACT: Identificar los obstáculos al cambio de conducta</li> </ul>
<p>DRE 00148: Temor</p> <p>FRE: Aumento de la alerta</p> <p>FRE: Impulsividad</p>	<p>RES 1404: Autocontrol del miedo</p> <p>IND 140406: Utiliza estrategias de superación efectivas</p> <p>IND 140408: Refiere disminución de los episodios</p>	<p>INT 5820: Disminución de la ansiedad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad</li> <li>- ACT: Explicar todos los procedimientos, incluidas las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento</li> </ul>
<p>DRE 00251: Control emocional inestable</p> <p>FRE: Llanto</p>	<p>RES 2002: Bienestar personal</p> <p>IND 200201: Realización de las actividades de la vida diaria</p> <p>IND 200202: Salud psicológica</p>	<p>INT 5390: Potenciación de la autoconciencia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos</li> <li>- ACT: Ayudar al paciente a identificar los valores que contribuyen al autoconcepto</li> </ul>
<p>DRE 00096: Deprivación del sueño</p> <p>FRE: Agitación</p> <p>FRE: Agresividad</p>	<p>RES 0004: Sueño</p> <p>IND 401: Horas de sueño</p> <p>IND 403: Patrón del sueño</p>	<p>INT 1850: Mejorar el sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente</li> <li>- ACT: Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados</li> </ul>
<p>DRE 00093: Fatiga</p> <p>FRE: Apatía</p> <p>FRE: Cansancio</p>	<p>RES 0007: Nivel de fatiga</p> <p>IND 701: Agotamiento</p> <p>IND 703: Estado de ánimo deprimido</p>	<p>INT 0180: Manejo de la energía</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Animar la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones</li> <li>- ACT: Utilizar instrumentos válidos para medir la fatiga, si está indicado</li> </ul>

<p>DRE 00198: Trastorno del patrón del sueño</p> <p>FRE: No sentirse descansado</p>	<p>RES 0004: Sueño</p> <p>IND 401: Horas de sueño</p> <p>IND 403: Patrón del sueño</p>	<p>INT 1850: Mejorar el sueño</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Determinar el patrón de sueño/vigilia del paciente</li> <li>- ACT: Incluir el ciclo regular de sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados</li> </ul>
<p>DRE 00053: Aislamiento social</p> <p>FRE: Actitud triste</p> <p>FRE: Ausencia de sistema de apoyo</p>	<p>RES 1503: Implicación social</p> <p>IND 150301: Interacciona con amigos íntimos</p> <p>IND 150311: Participa en actividades de ocio</p>	<p>INT 5100: Potenciación de la socialización</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Fomentar una mayor implicación en las relaciones ya establecidas</li> <li>- ACT: Animar al paciente a desarrollar relaciones</li> </ul>
<p>DRE 00055: Desempeño ineficaz del rol</p> <p>FRE: Ansiedad</p> <p>FRE: Autogestión insuficiente</p>	<p>RES 1302: Afrontamiento de problemas</p> <p>IND 130204: Refiere disminución de estrés</p> <p>IND 130205: Verbaliza aceptación de la situación</p>	<p>INT 5230: Mejorar el afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Proporcionar un ambiente de aceptación</li> <li>- ACT: Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia</li> </ul>
<p>DRE 00069: Afrontamiento ineficaz</p> <p>FRE: Acceso insuficiente al apoyo social</p> <p>FRE: Cambios en el patrón del sueño</p>	<p>RES 1212: Nivel de estrés</p> <p>IND 121213: Inquietud</p> <p>IND 121214: Trastornos del sueño</p>	<p>INT 5230: Mejorar el afrontamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Proporcionar un ambiente de aceptación</li> <li>- ACT: Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia</li> </ul>
<p>DRE 00222: Control de impulsos ineficaz</p> <p>FRE: Actuar sin pensar</p> <p>FRE: Arrebatos de mal genio</p>	<p>RES 1405: Autocontrol de los impulsos</p> <p>IND 140501: Identifica conductas impulsivas perjudiciales</p> <p>IND 140505: Reconoce los riesgos ambientales</p>	<p>INT 4370: Entrenamiento para controlar los impulsos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ACT: Enseñar al paciente a «detenerse y pensar» antes de comportarse impulsivamente</li> <li>- ACT: Ayudar al paciente a elegir el curso de acción más beneficioso</li> </ul>

Fuente: Elaboración propia mediante NNNConsult<sup>19-20</sup>

## ANEXO IV: Encuesta realizada para la obtención de datos

### CUESTIONARIO TEPT EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Mi nombre es Marta Laforga Simón. Soy alumna de cuarto curso de Enfermería en la Facultad de Enfermería de Valladolid. Actualmente, estoy cursando la asignatura "Trabajo Fin de Grado", para la que estoy desarrollando un trabajo acerca del Trastorno del Estrés Postraumático en profesionales de Enfermería en urgencias y emergencias. Para ello, he elaborado el siguiente cuestionario basado en la "Davidson Trauma Scale, DTS".

Este cuestionario va dirigido a profesionales de Enfermería que ejercen su actividad profesional en el servicio de Urgencias y Emergencias de Castilla y León, y en los servicios de Urgencias de los hospitales y centros P.A.C. de ambas Áreas de Salud de Valladolid.

La duración del cuestionario estimada es de 10 minutos.

Gracias por su colaboración.

#### 1. Primera pregunta:

La cumplimentación de este cuestionario es totalmente voluntaria. Las respuestas se guardarán de forma anónima y la información se tratará de acuerdo a la Ley Orgánica 3/2018, 5 de diciembre, publicada en el BOE el 6 de diciembre de 2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. En caso de dudas, o necesitar mayor información, pongo a su disposición los siguientes datos de contacto:

Opciones:

- a. Acepto
- b. No acepto

#### 2. Segunda pregunta:

¿Ha sufrido alguna vez en su puesto de trabajo una situación que le haya provocado un nivel de estrés que haya afectado a su vida laboral?

Opciones:

- a. Sí
- b. No

3. Tercera pregunta:

¿Con qué frecuencia ha tenido imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento?

Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

4. Cuarta pregunta:

¿Ha tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento?

Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

5. Quinta pregunta:

¿Ha sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo? ¿Como si lo estuviera reviviendo?

Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

6. Sexta pregunta:

¿Le ha molestado alguna cosa de su trabajo que se lo hay recordado? Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

7. Séptima pregunta:

¿Ha tenido manifestaciones físicas por recuerdos del acontecimientos?  
(Incluye sudores, temblores, taquicardia, disnea, náuseas o diarrea)

Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

8. Octava pregunta:

¿Ha estado evitando algún pensamiento o sentimiento sobre el acontecimiento?

Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

9. Novena pregunta:

En el trabajo, ¿ha estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que le recordaran el acontecimiento?

Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

10. Décima pregunta:

¿Ha sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento? Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

11. Undécima pregunta:

¿Ha tenido dificultad para disfrutar de su trabajo?

Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

12. Duodécima pregunta:

¿Se ha sentido distante o alejado de sus compañeros?

Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

13. Décimo tercera pregunta:

¿Ha sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto?

Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

14. Décimo cuarta pregunta:

¿Ha tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir sus objetivos respecto a su puesto de trabajo?

Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

15. Décimo quinta pregunta:

¿Ha tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño?

Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

16. Décimo sexta pregunta:

¿Ha estado irritable o ha tenido accesos de ira en el trabajo?

Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

17. Décimo séptima pregunta:

¿Ha tenido dificultades de concentración en el trabajo?

Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

18. Décimo octava pregunta:

Durante su jornada laboral, ¿se ha sentido nervioso, fácilmente distraído o ha permanecido «en guardia»?

Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

19. Décimo novena pregunta:

¿Ha estado nervioso, fácilmente distraído o permanecido "en guardia" en el trabajo? Opciones:

- a. Nunca
- b. A veces
- c. 2-3 veces por semana
- d. 4-6 veces por semana
- e. A diario

En caso de desear recibir las respuestas del cuestionario y los resultados, puede escribir su correo electrónico a continuación.

Correo electrónico: .....

Gracias por su colaboración<sup>21-22</sup>.

ANEXO V: Certificados favorables de los CEIm.

*CEIm del Área de Salud Oeste:*

*CEIm del Área de Salud Este:*