

**FACULTAD DE HUMANIDADES**

Escuela Académico Profesional de Psicología

Trabajo de Investigación

**Estrés postraumático en personal de salud**

Nathaly Thalia Arango Palomino  
Danitza Taíz Rivas Soto  
Milagros Maritza Torrico Garcia

Para optar el Grado Académico de  
Bachiller en Psicología

Huancayo, 2020

Repositorio Institucional Continental  
Trabajo de investigación



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

## Tabla de contenido

<b>Dedicatoria.....</b>	<b>iii</b>
<b>Agradecimientos.....</b>	<b>iv</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>v</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>vi</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>7</b>
<b>Metodología .....</b>	<b>9</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>9</b>
Principales manifestaciones clínicas del estrés postraumático en el personal de salud .....	11
Diferencias del estrés postraumático entre el personal de salud .....	13
Factores asociados al estrés postraumático en el personal de salud.....	15
<b>Conclusiones .....</b>	<b>18</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>21</b>

### **Dedicatoria**

A nuestros padres, que nos han brindado la oportunidad de consolidarnos como profesionales y han acompañado nuestra formación.

A nuestros maestros, quienes han compartido con nosotras sus conocimientos y experiencias durante los años de estudio.

### **Agradecimientos**

A Dios, por el don de la vida.

A nuestros padres, por estar siempre a nuestro lado apoyándonos en cada paso.

A nuestros familiares, por brindarnos soporte cuando lo necesitamos.

A nuestros maestros, por sus enseñanzas y acompañamiento en nuestra etapa universitaria.

De manera especial, a la maestra Claudia Ríos Cataño, por su esfuerzo y dedicación invertidos en la asesoría del presente, y también por el cariño para con nosotros, sus alumnos.

A nuestros amigos, por su colaboración con la lectura de los borradores de este trabajo.

## **Estrés postraumático en personal de salud**

Nathaly Arango, Danitza Rivas y Milagros Torrico

### **Resumen**

**Objetivo:** analizar literatura disponible sobre el trastorno de estrés postraumático en personal de salud, su sintomatología, las diferencias en la afección entre estos profesionales y los factores de riesgo asociados. **Metodología:** revisión sistemática en tres bibliotecas virtuales – EBSCOhost, Scielo y ScienceDirect–, con términos de búsqueda “estrés postraumático”, “salud mental” y “personal de salud”. **Resultados:** el personal de atención primaria o primera respuesta es el más propenso a desarrollar el trastorno por estrés postraumático, el cual se caracteriza por 3 signos principales –los *flashbacks*, la conducta evitativa y el estado de hiperalerta– que pueden estar acompañados de otros síntomas y ser comórbidos con trastornos como la depresión; situación que tiene un impacto en la vida social, familiar y laboral de la persona que lo padece. Como factores de riesgo para el personal de salud se consideran las horas de trabajo, el tipo de actividades que realiza y el propio estrés que genera su labor. **Conclusiones:** el trastorno por estrés postraumático no afecta de forma homogénea al personal de salud; por ello, se sugiere el desarrollo de más investigaciones específicas y de carácter cuantitativo sobre ambas variables considerando el contexto en el que se lleven a cabo.

**Palabras clave:** estrés postraumático, personal de salud, salud mental, TEPT

**Abstract**

Objective: to analyze available literature on post-traumatic stress disorder in health personnel, its symptoms, the condition's differences between these professionals and the associated risk factors. Methodology: systematic review in three virtual libraries –EBSCOhost, Scielo and ScienceDirect–, having as search terms “post-traumatic stress”, “mental health” and “health personnel”. Results: the primary care or first response staff is the most likely to develop post-traumatic stress disorder, which is characterized by 3 main signs –flashbacks, avoidance behavior and hyperalertness– which may be accompanied by other symptoms and comorbid with disorders such as depression; this situation has an impact on the social, family and work life of the person suffering from it. Likewise, work hours, the type of activities they perform and the stress generated by their work are considered as risk factors for health personnel. Conclusions: post-traumatic stress disorder does not homogeneously affect health personnel, which is why it is suggested to develop more specific and quantitative research on both variables, considering the context in which they are carried out.

**Key words:** post-traumatic stress, health personnel, mental health, PTSD

## **Introducción**

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es el conjunto de síntomas que surgen en la persona a partir de una experiencia altamente traumática. Se incluyó como patología en la tercera edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés) a raíz del denominado síndrome pos-Vietnam, el cual fue identificado en el ejército norteamericano durante la década de los 70, pues alrededor de 700 000 militares requirieron ayuda psicológica para diagnosticar y tratar las consecuencias de su experiencia en la guerra. Posteriormente, se realizaron investigaciones en civiles, las mismas que arrojaron alta prevalencia de dicho trastorno en personas víctimas, no solo de conflictos bélicos sino también de violencia física y psicológica, así como en damnificados por desastres naturales o desastres ocasionados por el hombre. (Carvajal, 2002)

Por otro lado, para la Organización Mundial de la Salud (2006), el personal de salud o personal sanitario comprende a las “personas cuyo cometido es proteger y mejorar la salud en sus respectivas comunidades” (p. 1). En ese sentido, es imprescindible que los trabajadores sanitarios de todas partes del mundo estén preparados para asumir retos como la aparición de nuevas enfermedades, además de luchar contra las que ya existen, el incremento de la esperanza de vida, la violencia o el aumento de conflictos.

Navarro-Pelayo (2017) describe una clasificación del personal de salud basada en el proceso de atención que siguen los centros hospitalarios. Este inicia con la atención primaria, servicio al que todo paciente acude primero; aquí, en función del problema que presente (su gravedad y tipo), el personal derivará su caso. En segundo lugar, se encuentran los cuidados de enfermería, donde el personal brinda atención a heridos y enfermos de manera autónoma y colectiva, sin importar factores como el sexo o edad, discapacidad ni cronicidad de la enfermedad. En tercer lugar, se hallan las especialidades, servicios médicos específicos donde las personas son atendidas según sus necesidades y dolencias particulares por especialistas.

Y, por último, el servicio de farmacoterapia, cuyo personal se encarga de procesar y preparar los medicamentos recetados por el médico tratante y de brindar información al paciente sobre los mismos.

Para el año 1995, entre el 1 % y 4 % de la población mundial refirió haber presentado TEPT alguna vez en su vida. En el año 2013, la American Psychological Association (APA) reportó una prevalencia del TEPT en entre el 1 % y 14 % de la población mundial; sin embargo, este rango se incrementa a entre 3 % y 58 % en las personas propensas a experimentar situaciones catastróficas o de riesgo (Ruíz y Guerrero, 2017).

En el caso del TEPT en personal de salud, no existe un dato exacto sobre su prevalencia, aunque diferentes investigaciones arrojan resultados importantes.

Leiva-Bianchi (2011) encontró una prevalencia de TEPT mayor a la esperada en el personal sanitario de atención primaria que prestó servicios a víctimas directas del terremoto y tsunami de Chile en el año 2010. Esperaba una prevalencia de entre el 10 % y 20 %, sin embargo, entre el 6 % y 33 % de los encuestados presentaron síntomas intensos; al menos 3 de estos.

La investigación de Abaz et ál. (2016) reveló que de 128 profesionales sanitarios que atendieron a víctimas múltiples de un evento en Argentina, 94 manifestaron síntomas de TEPT al cabo de 30 días. Asimismo, el 83,3 % de estos últimos requirió ayuda psicológica y, a su vez, de este grupo, el 55 % obtuvo un diagnóstico clínico mientras el resto debió continuar con terapias prolongadas.

Respecto al impacto del estrés postraumático, el 50 % de las personas diagnosticadas con TEPT pueden mejorar y disminuir los síntomas tras varias semanas de exposición constante; es decir, el evento se normaliza y ya no tiene el mismo impacto. Sin embargo, entre el 10 % y 20 % desencadenan un curso crónico ininterrumpido del trastorno que afecta su desenvolvimiento a nivel social, familiar y laboral. (Prieto-Callejero et ál., 2020)

Es innegable que bajo el contexto en el que se elabora este artículo (la pandemia por el nuevo coronavirus: SARS-CoV-2), la prevalencia y la incidencia del TEPT aumentarán a largo plazo; así lo respaldan las investigaciones. En ese sentido, es necesario prestar atención a las afectaciones que desarrollará el personal de salud –médicos, enfermeras, bomberos, conductores de ambulancias y administrativos de los centros hospitalarios–, puesto que, por la naturaleza de su labor, se encuentran más expuestos que la población general.

Por ello, este artículo pretende, a través de un análisis de la literatura disponible sobre el estrés postraumático en el personal de salud, identificar las principales manifestaciones clínicas de dicha afección psicológica, las diferencias de estas manifestaciones entre los profesionales sanitarios y los diversos factores asociados a la misma; con lo que se espera contribuir al contexto actual.

## **Metodología**

Se realizó una revisión bibliográfica en tres bibliotecas virtuales: EBSCOhost, Scielo y ScienceDirect. Los términos de búsqueda empleados fueron “estrés postraumático”, “salud mental” y “personal de salud”. Se consideraron investigaciones en español e inglés que involucraron como muestra y/u objeto de estudio al personal de salud y la relación de este con el estrés postraumático; se excluyeron documentos no publicados, reseñas de libros e informes.

Mediante la aplicación de dichos filtros, se obtuvo un total de 17 artículos, entre originales y revisados, que fueron objeto de análisis conforme a su temática y hallazgos.

## **Resultados**

La tabla 1 muestra los 17 artículos revisados durante la investigación.

Tabla 1

*Artículos seleccionados para la revisión*

<b>N.º</b>	<b>deAño</b>	<b>de</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de publicación</b>	<b>Base de datos</b>
<b>artículos</b>	<b>publicación</b>				
1	2004		U. S. A.	artículo original	EBSCOHost
2	2005		La Habana, Cuba	artículo de revisión	Scielo
3	2013		México	artículo original	ScienceDirect
4	2013		España	artículo de revisión	ScienceDirect
5	2014		España	artículo de revisión	ScienceDirect
6	2015		Toronto- Canadá	artículo original	EBSCOhost
7	2016		México	artículo original	EBSCOhost
8	2016		Bélgica	artículo original	ScienceDirect
9	2017		Puerto Rico	artículo de revisión	EBSCOHost
10	2002		Chile	artículo original	Scielo
11	2019		Perú	artículo de revisión	Scielo
12	2009		Colombia	artículo de revisión	Scielo
13	2019		España	artículo original	Scielo
14	2020		España	artículo de revisión	Scielo
15	2020		Colombia	artículo de revisión	Scielo
16	2020		No menciona	artículo de revisión	Scielo
17	2020		Brasil	artículo original	Scielo

Fuente: elaboración propia

### ***Principales manifestaciones clínicas del estrés postraumático en el personal de salud***

Los artículos analizados evidencian que las primeras reacciones de una persona ante un hecho traumático son de supervivencia y protección, seguidas por un intento de adaptación, el cual le permite recuperar su estado anterior. Sin embargo, entre el 10 % y 20 % de los casos evolucionan hacia una conducta disociada. Se debe tener en cuenta que ninguna conducta previene el diagnóstico futuro de un TEPT (Carvajal, 2002).

El TEPT es una alteración considerada entre los trastornos de ansiedad; se desencadena una vez que la persona ha sido expuesta a una situación o evento traumático, y puede generar daño físico o psicológico. Con el tiempo, este evento produce un conjunto de síntomas que interfieren con la vida del sujeto, a nivel fisiológico, emocional, social e incluso laboral (Fullerton et ál., 2004).

Para diagnosticar el TEPT, se usan los criterios estipulados en manuales diagnósticos como la décima edición de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) o el DSM-IV, aunque estos difieren respecto de algunos síntomas; hecho que, para los profesionales de la salud mental, es bastante controversial porque supondría una pérdida de objetividad al momento de evaluar la existencia del trastorno. Pese a estas dificultades, el TEPT es diagnosticado con base en entrevistas clínicas y la aplicación de diferentes test o escalas de valoración de su intensidad y cronicidad. De igual manera, se evalúa el conjunto de síntomas característicos, que deben aparecer dentro de los primeros 3 meses después de la exposición al suceso traumático (Vicente-Herrero et ál., 2014).

Los síntomas más comunes son episodios de *flashbacks*, que se acompañan de pensamientos intrusivos e involuntarios; también se pueden manifestar olores o colores que predisponen a la persona a revivir el suceso y la hacen entrar en un estado de intensa ansiedad. Estos fenómenos pueden aparecer no solo en el quehacer cotidiano, sino también

durante el sueño, como pesadillas acompañadas de taquicardias o sudoración (Casado-Blanco y Castellano-Arroyo, 2013).

Según Hensel et ál. (2015), otras secuelas que manifiestan los pacientes con TEPT son las conductas suicidas frente a los eventos traumáticos que atravesaron, acompañadas por diferentes variables estresoras y depresoras. La afectación se expande también a su desenvolvimiento en el trabajo, pues no pueden realizar sus labores diarias a causa de los síntomas intensos que presentan.

Por otro lado, Ventura et ál. (2005) señalan que los pacientes con TEPT también podrían desarrollar otros trastornos, cuya incidencia aumentaría después del trauma.

De acuerdo a Ruíz y Guerrero (2017), hay síntomas que se manifiestan a nivel individual y otros a nivel ambiental. En el primer nivel, se encuentran las afectaciones cognitivas como el pensamiento intrusivo y la alteración de la concentración y atención. También hay afecciones a nivel afectivo, que probablemente sean las más incapacitantes para la persona por su difícil manejo sin el soporte emocional adecuado; se presentan sentimientos de culpabilidad, miedo, indefensión, desapego o irritabilidad. Los cambios a nivel conductual son, en su mayor parte, los que ayudan a determinar un diagnóstico, pues estos evidencian todos los procesos psicológicos internos que vive la persona y la alteración de los mismos. En relación al trastorno de estrés postraumático, se manifiestan la hipervigilancia, es decir, la predisposición a estar en un estado de alerta constante y persistente, además de una conducta evitativa de lugares, objetos, personas o momentos relacionados con el suceso traumático. Por último, a nivel fisiológico, también se presentan síntomas, como la dificultad para respirar, secreción elevada de sudor, náuseas, dolores de cabeza, llanto y palpitations, cada vez que la persona recuerda el hecho traumático.

En cuanto al nivel ambiental, se presentan repercusiones en el ámbito familiar; puede disminuir el contacto, relación y comunicación con los familiares, así como surgir un

aislamiento dentro del propio hogar. En el ámbito social, también se evidencia un detrimento en las relaciones amicales o amorosas; se genera evitación de eventos sociales o reuniones de amigos. En el ámbito laboral, se produce el desinterés y apatía hacia el trabajo; en casos más crónicos, el abandono del mismo. (Ruiz y Guerrero, 2017)

Cabe anotar la necesidad de realizar un diagnóstico diferencial entre el trastorno por estrés postraumático y el síndrome de estrés traumático secundario, pues ambas patologías comparten síntomas y signos; sin embargo, la diferencia radica en que el primero se genera a partir de la vivencia, en carne propia, de un evento traumático; mientras que el segundo surge a partir de la experiencia vivenciada por otra persona que se nos es informada. Se debe tener en especial consideración la razón por la que el paciente desarrolla dicha patología (Ruiz y Guerrero, 2017).

### ***Diferencias del estrés postraumático entre el personal de salud***

De acuerdo a Carvajal (2002), el 40 % de los casos de TEPT se originaron en el lugar de trabajo, es decir, el evento traumático sucedió allí. En esa misma línea, Ruiz y Guerrero (2017) sostienen que el personal de salud de primera respuesta está expuesto a contextos extremadamente traumáticos y estresantes con frecuencia; por ello, los profesionales sanitarios son vulnerables a padecer trastornos de tipo ansioso, como el estrés traumático secundario o el propio TEPT. Este último se sitúa como el trastorno más frecuente entre el personal de salud de primera respuesta.

Del mismo modo, Gutiérrez et ál. (2020) anotan que, en el escenario mundial actual, los niveles de estrés postraumático a los que se están enfrentando los médicos pertenecientes a la primera línea de respuesta a la pandemia de COVID-19 son altos, debido, entre otras causas, a que la vía de contagio interfiere con la acostumbrada interacción entre colegas.

Por la naturaleza de sus labores, los residentes también forman parte del personal de salud. En su investigación en residentes de los servicios de obstetricia y ginecología, Carranza-Lira (2016) encontró que los residentes de tercer año presentaron mayor prevalencia de estrés postraumático y, entre estos, fueron las mujeres quienes obtuvieron puntuaciones más altas en la medición.

Por otro lado, según Feitosa et ál. (2020), las enfermeras que trabajan más de 30 horas semanales son más propensas a daños mentales y/o psicológicos, entre ellos, el TEPT. Este último está asociado también con las escasas horas de descanso que tienen; no son suficientes en comparación con las de otros cargos del personal de salud. Sin embargo, respecto a la exposición, no existiría mucha diferencia entre los médicos y las enfermeras, pues ambos se ven expuestos a situaciones adversas (Martens et ál., 2016).

Un estudio del año 2004 trabajó con un grupo experimental, conformado por personal de rescate que prestó servicios tras la catástrofe de las Torres Gemelas, y un grupo de control, que no estuvo expuesto al evento. El grupo experimental solicitó 4 veces más asistencia psicológica que el grupo de control. A los 7 meses, rescatistas del primer grupo presentaron estrés agudo, y a los 13 meses, depresión. Cabe resaltar que el personal que había sido expuesto con anterioridad a eventos catastróficos, que presentaba estrés agudo y depresión a los 7 meses, tiene 9,5 de probabilidad de desarrollar TEPT (Fullerton et ál., 2004).

Prieto-Callejero et ál. (2020) observan que entre los diferentes servicios prestados por el personal de salud, el de oncología es el que solicita un mayor número de sesiones psicológicas, pues los profesionales que laboran en dicha sección se involucran de tal manera con el paciente que llegan a desarrollar angustia debido a la relación que establecen con este y su familia.

Por otra parte, Crespo-Maraver et ál. (2019) evidencian la poca consideración hacia las personas que desarrollan el rol de cuidadoras con otras. Así, su investigación permitió la

adaptación de una escala para valorar la experiencia de cuidado que ejercen; este instrumento evalúa aspectos negativos y positivos, que se subclasifican en dimensiones como estigma, problemas con los servicios sociales o sanitarios, conflictos en la familia, conflictos económicos, síntomas negativos, factores que podrían dar pie a desarrollar un TEPT, entre otros. Por consiguiente, sería oportuno considerar nuevas investigaciones relacionadas a dicha actividad.

Se evidencia, entonces, que el personal de salud –sobre todo los profesionales de atención primaria o aquellos que por sus especialidades lidian con enfermedades de gravedad–, incluidos el personal rescatista, paramédicos u otras personas como las cuidadoras, que promueven la buena salud, se encuentran expuestos, en diferentes medidas e instancias, a factores de riesgo para desarrollar un TEPT.

### ***Factores asociados al estrés postraumático en el personal de salud***

Carvajal (2002) menciona los agentes estresores incluidos en el DSM-IV que pueden provocar el TEPT: ir a una guerra, ser víctima de cualquier tipo de violencia, evidenciar una catástrofe o un accidente, o saberse diagnosticado con una enfermedad mental. El daño que puede provocar un hecho traumático está asociado a la intensidad en que se presentan los síntomas. Se consideran más severos a los eventos que hayan implicado violencia interpersonal o que hayan sido provocados, que a los hechos de corta duración. Existen factores de riesgo individuales como el sexo, puesto que las mujeres, y diferentes investigaciones lo avalan, son más propensas que los hombres a presentar esta patología; otros de estos factores son el neuroticismo o las alteraciones de conducta en la preadolescencia.

Fullerton et ál. (2004) sostienen que el grado de exposición del personal de rescate a una catástrofe viene a ser un factor importante para que los rescatistas lleguen a desarrollar el

TEPT. El hecho de que estos hayan experimentado antes situaciones similares no supone que un nuevo evento no vaya a causarles el trastorno; sus experiencias traumáticas previas aumentan más bien la probabilidad de que desarrollen esta patología.

Esto último se puede relacionar con los factores de riesgo que presenta el personal de primera respuesta debido a su exposición a situaciones críticas como accidentes, desastres, catástrofes, muertes múltiples, entre otras, en las que deben asistir a individuos con heridas graves o cuyas vidas se encuentran en riesgo. En estos casos, la mayoría del personal presencia el evento, nadie se los relata; en consecuencia, tienen mayor riesgo de ser diagnosticados con el TEPT (Ruiz y Guerrero, 2017).

Según León-Amenero y Huarcaya-Victoria (2019), existen dos factores que determinan el impacto psicosocial que tiene una catástrofe en una persona, a saber: primero, la naturaleza del evento, si ocurrió o no de manera inesperada, el hecho que lo provocó y que haya resultado en una afectación colectiva; y segundo, el ambiente y circunstancias asociados, personas en situaciones de pobreza, acceso a servicios básicos escasos.

En el contexto actual –la pandemia de COVID-19–, la investigación científica ha enfatizado los ámbitos epidemiológico y clínico en busca de cómo disminuir el riesgo de contagio en una población así como el alto número de fallecidos; de una fórmula efectiva de tratamiento para los enfermos de gravedad, y sobre todo de una vacuna. Sin embargo, aunque se haya impulsado la investigación multidisciplinaria, la salud mental, dado el impacto de la coyuntura mundial, aún merece mayor profundización.

En el caso particular del personal de salud que, junto con las Fuerzas Armadas y la Policía, se encuentra más expuesto, los factores de riesgo para desarrollar el TEPT en el futuro son altos; ya que el aislamiento, la presión del trabajo, la incertidumbre, el temor a ser contagiado, la ansiedad, el estrés y la dificultad para expresar lo que sienten y piensan en el momento adecuado –que viene a ser una característica propia del personal de salud– juegan

en contra de su bienestar emocional, al que se le está tomando poca importancia en este momento. Esa es la razón de que el personal sanitario ya esté presentando síntomas propios del TEPT (Gutiérrez et ál., 2020).

De igual manera, la proximidad a eventos que amenazan la vida y la supervivencia, como una enfermedad propiamente, puede precipitar el desarrollo del TEPT. Tal es así, que se ha postulado que el efecto combinado de la pérdida y la amenaza pueden explicar la concurrencia frecuente de TEPT y depresión (Ramírez-Ortiz et ál., 2020).

Se considera también que las reacciones internas de las personas que padecen el estrés postraumático, enmarcadas dentro de la personalidad de cada una, tienen un gran impacto, como variables esenciales, para tratar de aminorar los signos y síntomas. Así, cada individuo afrontará el problema de forma distinta, y en esta se pueden identificar mecanismos positivos y negativos (Casado-Blanco y Castellano-Arroyo, 2013).

Mientras el individuo pueda ajustarse a un buen apoyo, tanto a nivel interno como externo, será posible obtener buenos resultados en el tratamiento de este trastorno. El factor interno se relaciona a las características personales, las dimensiones específicas de la situación, etc. (Vicente-Herrero et ál., 2014). El factor externo se refiere a aspectos ambientales, los acontecimientos de la niñez y aquellos que son dependientes del contexto cultural, económico y político (Corzo, 2009).

Según Carranza-Lira (2016), los factores estresores, tanto en el área emocional como en el interpersonal, presentes en el lugar de trabajo pueden producir respuestas de tensión, incomodidad y otros resultados desagradables para las personas. Dichos factores son elementos recurrentes de carácter estimulador (sensorial o intrapsíquico) que suelen desencadenar estrés y otras consecuencias negativas en las personas. En alguien que haya desarrollado un TEPT, la existencia de estresores laborales puede condicionar su retorno o no retorno al trabajo.

Prieto-Callejero et ál. (2020) subrayan que el tipo de trabajo de los servicios de urgencias es considerado entre los factores estresantes; esto, debido a que el personal se somete a una gran cantidad de situaciones desesperantes. Por consiguiente, estos profesionales pueden desarrollar a largo plazo un estrés postraumático, condición que los afectaría mental y físicamente, y que además influiría la posibilidad del abandono laboral.

Entre los factores que pueden desencadenar el estrés postraumático se encuentran también los desastres naturales, la violencia intrafamiliar y la muerte –repentina o violenta– de un familiar (Leal-Morales et ál., 2013).

Como se ha señalado antes, las labores que realiza el personal de salud lo hace más proclive a desencadenar un trastorno por estrés postraumático, y en el caso de los profesionales involucrados en la atención de primera línea, dicha proclividad es incluso mayor, pues están sometidos a vivencias estresoras más que otros (Ruiz y Guerrero, 2017).

Finalmente, es preciso señalar que el trastorno por estrés postraumático es un factor de riesgo para otras patologías como las complicaciones en el embarazo, enfermedades circulatorias, digestivas, músculo- esqueléticas o del sistema nervioso, etc. (Carvajal, 2002). Del mismo modo, puede ser comórbido con otras enfermedades mentales como la depresión, trastornos de ansiedad o disociativos.

## **Conclusiones**

El TEPT es un trastorno psicológico bastante frecuente en nuestro medio y, aun con las diferencias entre los manuales diagnósticos como el CIE-10 y el DSM-IV respecto a su sintomatología, se puede establecer que son 3 sus síntomas característicos: el estado de hiperalertividad; las conductas de evitación a lugares, objetos o personas que recuerden el evento traumático, y los *flashbacks*, que pueden presentarse no solo en el quehacer cotidiano de la persona sino también en sus sueños, afectando sus horas de descanso.

El personal de salud, por la naturaleza de sus funciones, está expuesto a padecer el TEPT; sin embargo, los profesionales sanitarios pertenecientes a la primera línea –servicios de emergencias o catástrofes– son los que a largo plazo tienden a desarrollar este trastorno. Se debe señalar que solo en los casos de entre el 10 % y 20 % del personal afectado por un evento traumático, el estrés agudo evoluciona a un estrés postraumático.

La eficacia de un tratamiento se basa en un adecuado diagnóstico; por ello, para combatir el TEPT, se debe realizar un diagnóstico diferencial del síndrome por estrés traumático secundario y también del estrés agudo, debido a que la sintomatología en estos tres casos puede ser similar.

De acuerdo a los factores de riesgo, se considera que el personal de salud ejerce su labor en situaciones demasiado estresantes, que, a largo plazo, los vuelve vulnerables a desarrollar el trastorno por estrés postraumático.

Se debe tener en cuenta que dichos factores involucran las largas jornadas de trabajo, las enfermedades de los pacientes, los ambientes, las variables personales. El solo hecho de que la persona atravesase de forma reiterada por episodios extremadamente severos y traumáticos hace que se desencadenen signos y síntomas del trastorno.

Bajo el contexto en el que se redacta este artículo, es prematuro estimar el porcentaje de personal sanitario involucrado en la atención de pacientes con COVID-19 que esté diagnosticado con TEPT, debido a que la sintomatología debe persistir por lo menos 3 meses después del evento traumático. Las investigaciones que se han planteado para estimar dicho porcentaje todavía son de carácter exploratorio, sin embargo, tienen la hipótesis, respaldada en varias investigaciones, de que la prevalencia del TETP se incrementará; es un hecho innegable. Así pues, se hace necesario también estimar la diferencia de la intensidad de afectación del TEPT entre los distintos cargos, puestos, especialidades y servicios del

personal de salud, para que de esta manera, se implementen las medidas o planes de tratamientos adecuados.

## Referencias

- Abaz, B., Babbino, V., Volpi, M., Orlando, G. y Valdez, P. (2016). Estudio de estrés postraumático en personal de salud que ha participado en eventos con víctimas múltiples. *Revista Argentina de Medicina*, 4(9), 40-49.  
<http://www.revistasam.com.ar/index.php/RAM/article/view/67>
- Carranza-Lira, S. (2016). Correlación del estado psicológico con la inteligencia emocional en residentes de ginecología y obstetricia. *Revista Médica del IMSS*, 54(6), 780-786.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(2), 20-34.  
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>
- Casado-Blanco, M. y Castellano-Arroyo, M. (2013). Trastorno por estrés postraumático en la práctica médico-legal. *Revista Española de Medicina Legal*, 39(1), 12-18.  
<https://doi.org/10.1016/j.reml.2012.10.004>
- Corzo, P. A. (2009). Trastorno por estrés postraumático en psiquiatría militar. *Revista Med*, 17(1), 81-86.  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-52562009000100012&lang=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-52562009000100012&lang=es)
- Crespo-Maraver, M., Doval, E., Fernández-Castro, J., Giménez-Salinas, J., Prat, G. y Bonet, P. (2019). Salud del cuidador: adaptación y validación del cuestionario Experience of Caregiving Inventory (ECI) en población española. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 348-355.  
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.12.005>
- Feitosa, K. H. J., Gollner, R. C., Fernandes, L., Peixoto, G. M., Gonçalves, K., y Savary, R. F. (2020). Factores relacionados con el riesgo de enfermedad del personal de enfermería en el trabajo en una institución psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28(e3235). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3454.3235>

- Fullerton, C., Ursano, R., y Wang, L. (2004). Trastorno por estrés postraumático y depresión en los equipos de rescate y catástrofes. *American Journal of Psychiatry – Edición Española*, 7(10), 602-608.
- Gutiérrez, A. K., Cruz, A. Y. y Zaldivar, E. D. (2020). Gestión de seguridad psicológica del personal sanitario en situaciones de emergencia por COVID-19 en el contexto hospitalario o de aislamiento. *SciELOPreprints*.  
<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.252>
- Hensel, J. M., Ruiz, C., Finney, C., y Dewa, C. S. (2015). Meta-Analysis of Risk Factors for Secondary Traumatic Stress in Therapeutic Work With Trauma Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 28(2), 83-91. <https://doi.org/10.1002/jts.21998>
- Leal-Morales, E. I., Vásquez-Martínez, V. H. y Cantú-Solís, O. N. (2013). Prevalencia de estrés postraumático en unidades de medicina familiar de seis unidades de la frontera México-Estados Unidos de América. *Atención Familiar*, 20(4), 114-117.  
[https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30106-7](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30106-7)
- Leiva-Bianchi, M. (2011). Relevancia y prevalencia del estrés post-traumático post-terremoto como problema de salud pública en Constitución, Chile. *Revista de Salud Pública*, 13(4), 551-559. <https://scielosp.org/pdf/rsap/2011.v13n4/551-559/es>
- León-Amenero, D. y Huarcaya-Victoria, J. (2019). Salud mental en situaciones de desastres. *Horizonte Médico*, 19(1), 73-80. <http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.12>
- Martens, J., Van Gerven, E., Lannoy, K., Panella, M., Euwema, M., Sermeus, W., De Hert, M. y Vanhaecht, K. (2016). Serious reportable events within the inpatient mental health care: Impact on physicians and nurses. *Revista de Calidad Asistencial*, 31(2), 26-33.  
<https://doi.org/10.1016/j.cali.2016.04.004>

- Navarro-Pelayo, M. (28 de noviembre de 2017). Cuáles son los tipos de profesionales de la salud. *Clinic Cloud*. <https://clinic-cloud.com/blog/tipos-de-profesionales-de-la-salud-cuales-son/>
- Organización Mundial de la Salud (Ed). (2006). *Colaboremos por la salud: informe sobre la salud en el mundo*. [https://www.who.int/whr/2006/whr06\\_es.pdf?ua=1](https://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf?ua=1)
- Prieto-Callejero, B., Gómez-Salgado, J., Alvarado-Gómez, F., Dias, A., García-Iglesias, J. J., y Ruiz-Frutos, C. (2020). Revisión sistemática sobre la reducción de efectos emocionales negativos en trabajadores del área de emergencias y catástrofes mediante técnicas de catarsis. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 23(1), 52-67. <https://doi.org/10.12961/aprl.2020.23.01.05>
- Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F. y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consecuencias de la pandemia Covid-19 en la salud mental asociadas al aislamiento social. *SciELOPreprints*. DOI: 10.1590/SciELOPreprints.303
- Ruíz, A. L. y Guerrero, E. A. (2017). Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por estrés postraumático o estrés postraumático secundario? *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 28(2), 252-265.
- Ventura, R. E., Bravo, T. M., y Hernández, S. (2005). Trastorno por estrés postraumático en el contexto militar. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 34(4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572005000400009&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572005000400009&lng=es&tlng=es)
- Vicente-Herrero, M. T., Torres, J. I., Ramírez, M. V., Terradillos, M. J., López-González, A. A., y Aguilar, E. (2014). Trastorno de estrés postraumático y trabajo. Criterios de valoración en incapacidad y discapacidad. *Revista Española de Medicina Legal*,

40(4), 150-160.

<https://doi.org/10.1016/j.reml.2014.05.004>