

Propuesta de intervención psicológica temprana en episodios de violencia ocupacional externa para el tratamiento del trastorno de estrés agudo, a través del uso de la teleterapia.

Trabajo Final de Grado: Diseño de Intervención en Psicología Clínica y de la Salud

Nombre Estudiante: Nadia Quesada Martos
Plan de estudios: Grado en Psicología

Nombre Consultor/a: Pere Torres Bertral

Fecha de entrega: 29/05/2023



Esta obra está sujeta a una licencia de [Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 Espanya de Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/)

*“La violencia es tan cotidiana
que muchas veces
no podemos percibir sus dimensiones reales”*

Dra. Mayra Carmona Suárez
Violencia y sociedad.

*“Las víctimas deben dejar de ser víctimas
lo antes posible”*

Enrique Echeburúa y Paz de Corral.
Universidad del País Vasco.

FICHA DEL TRABAJO FINAL DE GRADO DE PSICOLOGÍA

Título del trabajo:	<i>Propuesta de intervención psicológica temprana en episodios de violencia ocupacional externa para el tratamiento del trastorno de estrés agudo a través del uso de la teleterapia.</i>
Nombre del autor:	Nadia Quesada Martos
Nombre del consultor/a:	Pere Torres Bertral
Fecha de entrega:	05/2023
Ámbito del Trabajo Final:	<i>Psicología Clínica y de la Salud: Trastorno de Estrés Agudo</i>
Titulación:	<i>Grado en Psicología</i>
Resumen del Trabajo (máximo 250 palabras):	
<p>Tras un caso de violencia ocupacional externa (VOE), las víctimas pueden presentar sintomatología de estrés compatible con un trastorno de estrés agudo (TEA), pudiendo derivar en un trastorno de estrés post traumático (TEPT). Con el objetivo de controlar y disminuir los síntomas del TEA, contribuyendo de este modo a evitar el desarrollo del TEPT, se plantea una propuesta de intervención temprana a través del uso de la teleterapia.</p> <p>El abordaje psicoterapéutico de manera temprana evidencia los beneficios para la consecución de los objetivos indicados. Se propone el uso de la teleterapia como modalidad para facilitar el inicio y acceso a la asistencia psicológica basada en la terapia Eyes Movement Desensitization and Reprocessing, por su efectividad en la reducción de la frecuencia e intensidad de la sintomatología relacionada con el trauma psicológico.</p> <p>En colaboración con las mutuas de accidentes laborales, entidades competentes en la asistencia psicológica en casos de VOE, se selecciona una muestra de 384 participantes que hayan comunicado ser víctimas de VOE en las primeras 72 horas y presenten síntomas de estrés.</p> <p>Al inicio de la terapia, se realizará una medición de los síntomas de estrés con la Escala de Trastorno por Estrés Agudo. Finalizada la intervención, se realizará una segunda medición, que permitirá conocer la asociación entre teleterapia y sintomatología de estrés esperando obtener resultados de manera positiva hacia los objetivos planteados pudiendo confirmar que la teleterapia, a pesar de presentar limitaciones tecnológicas y económicas, contribuye a un control y disminución del malestar en las víctimas de VOE.</p>	

Palabras clave (entre 4 y 8):
Violencia ocupacional externa, trastorno de estrés agudo, trastorno de estrés postraumático, EMDR, intervención temprana, teleterapia, mutuas de accidentes laborales, Escala de Trastorno por Estrés Agudo
Abstract (in English, 250 words or less):
<p>After a case of external occupational violence (EOV), victims may present stress symptoms compatible with an acute stress disorder (ASD), which can lead to post-traumatic stress disorder (PTSD). In the aim of controlling and reducing the symptoms of ASD, thus helping to prevent the development of PTSD, a proposal for early intervention through the use of teletherapy is proposed.</p> <p>The early psychotherapeutic approach demonstrates the benefits for the achievement of the indicated objectives. The use of teletherapy is proposed as a modality to facilitate the initiation of and access to psychological assistance based on Eyes Movement Desensitisation and Reprocessing therapy, due to its effectiveness in reducing the frequency and intensity of symptoms related to psychological trauma.</p> <p>In collaboration with the mutual insurance companies for accidents at work, competent entities in psychological assistance in cases of EOV, a sample of 384 participants, who have reported being victims of EOV in the first 72 hours and who present symptoms of stress, is selected.</p> <p>At the beginning of the therapy, stress symptoms will be measured with the Acute Stress Disorder Scale. At the end of the intervention, a second measurement will be carried out, which will allow us to know the association between teletherapy and stress symptoms, hoping to obtain positive results towards the objectives set, confirming that teletherapy, despite its technological and economic limitations, contributes to the control and reduction of discomfort in the victims of EOV.</p>
Key words (in English, 4 - 8 words):
External occupational violence, acute stress disorder, acute stress disorder, EMDR, early intervention, teletherapy, mutual insurance companies, Acute Stress Disorder Scale.

ÍNDICE

1. Introducción.....	9
1.1. Contexto y justificación.....	9
1.2. Revisión teórica.....	12
1.2.1. Violencia Ocupacional Externa (VOE).....	12
1.2.2. Uso de la tecnología: Teleterapia.....	13
1.2.3. Apuesta por la intervención temprana.....	15
1.2.4. El Trastorno de Estrés Agudo (TEA).....	16
1.2.4.1. Definición y clasificación.....	16
1.2.4.2. Diagnóstico diferencial: Trastorno de estrés postraumático (TEPT).	17
1.2.4.3. Prevalencia y factores de riesgo.....	18
1.2.4.4. Evaluación del TEA.....	18
1.2.5. Intervención psicológica en el Trastorno de Estrés Agudo (TEA).	21
1.2.6. La terapia EMDR.....	22
1.3. Objetivos.....	23
1.3.1. Objetivos generales.....	24
1.3.2. Objetivos específicos.....	24
1.4. Propósito de la intervención.....	24
2. Método.....	25
2.1 Descripción de la intervención.....	25
2.2. Diseño de la evaluación.....	25
2.3. Procedimiento.....	26
2.3.1. Primera Etapa: Búsqueda de entidades colaboradoras.....	26
2.3.2. Segunda Etapa: Formación a los equipos de intervención.....	27
2.3.3. Tercera Etapa: Detección de casos y registro de datos.....	27
2.3.4. Cuarta Etapa: Intervención psicológica: teleterapia.....	29
2.3.4.1. Sesión 1: Realización dentro de las primeras 24h tras la comunicación del suceso.....	31
2.3.4.2. Sesión 2: Día de primera asistencia + 5 días.....	32
2.3.4.3. Sesión 3: Día Segunda Sesión + 5 días.....	34
2.3.4.4. Sesiones 4 – 6: Día anterior Sesión + 5 días.....	34
2.3.5. Quinta Etapa: Fin de la intervención.....	34
2.3.5.1. Sesión 7: Día Sexta Sesión + 5 días.....	35
2.3.6. Sexta Etapa: Análisis de datos.....	35
2.3.7. Séptima Etapa: Elaboración de informe y difusión.....	35
2.4. Participantes.....	36

2.5. Instrumentos.....	38
2.5.1. Escala de Trastorno por Estrés Agudo.....	38
2.5.2. Escala CAPS-DX.....	39
2.6. Análisis planteados	40
3. Discusión.....	42
4. Conclusiones.....	44
5. Referencias bibliográficas	47

Lista de figuras

Figura 1. *Recursos en Telepsicología*.....Página 14.

Figura 2. *Cálculo del tamaño de la muestra: población finita*.....Página 36.

Lista de tablas

Tabla 1. *Estudios de los factores de riesgo significativos para el Trastorno de Estrés Agudo (TEA) relacionados con la violencia ocupacional externa*.....Página 20

Tabla 2. *Registro de participantes*.....Página 28

Tabla 3. *Registro medidas Escala de Trastorno por Estrés Agudo*Página 29

Tabla 4. *Ocho fases de EMDR*.....Página 30

1. Introducción

1.1. Contexto y justificación

Tras una carrera profesional vinculada a la sanidad pública y en especial, en relación con la atención sanitaria de urgencias que se les dispensa a personas trabajadoras que sufren accidentes laborales, he sido testigo de numerosas asistencias médicas a personas que han sufrido lesiones físicas de gravedad y que requieren de intervención inmediata para paliar su sufrimiento.

La otra cara de la moneda de la asistencia sanitaria a personas trabajadoras que han sufrido accidentes en su puesto de trabajo, son las patologías relacionadas con la salud mental y que se derivan de la vivencia de sucesos traumáticos experimentados en el puesto de trabajo.

Atracos a personas que desarrollan su profesión como personal de banca, violencia contra agentes de la autoridad como pueden ser policías, contra personal sanitario que conforman los equipos asistenciales, contra personas conductoras de taxis o de vehículos para el traslado de personas, contra personas que se encargan de la atención al público, es decir, actos violentos que se relacionan con el desempeño de la actividad laboral, donde la persona trabajadora puede acabar desarrollado sintomatología traumática tras experimentar un evento traumático en su puesto de trabajo. Como resultado, en una parte significativa de los afectados, estas personas ven perturbada su vida laboral, familiar, social y económica.

Puesto que la falta de atención psicológica es una realidad, pues se recoge el dato de que España dispone del menor ratio de psicólogos de Europa, tan solo 5.14 psicólogos por cada 100.000 habitantes (Infocop, 2021), creo que puede ser de gran utilidad el uso de las herramientas tecnológicas que actualmente tenemos a nuestra disposición en el ámbito de la psicología clínica, con el fin de que las personas que requieren de intervención psicológica de urgencia, puedan ser atendidas en cualquier lugar del territorio nacional, permitiendo que se pueda hacer uso de una manera eficaz y efectiva de los escasos recursos psicológicos de los que dispone la población activa de nuestro país, en caso de ser víctima de un suceso violento en su puesto de trabajo.

El propósito de este trabajo es realizar el diseño de un proyecto de intervención, dirigido a los equipos de psicología de las mutuas de accidentes laborales, que realizan la asistencia psicológica en casos donde la persona trabajadora ha sufrido un suceso de violencia ocupacional externa y requiere de intervención psicológica temprana debido a la presencia de clínica psicopatológica, a través del uso de la telepsicología, en concreto, en su modalidad de teleterapia.

El proyecto de intervención se diseña para el tratamiento psicológico del trastorno de estrés agudo (TEA), trastorno que se caracteriza por presentar una respuesta de estrés y ansiedad, incluyendo reexperimentación del suceso o de reactividad hacia el mismo (Jarero, 2013), en relación a un evento traumático.

El modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información de Shapiro (2001, citado en Hensley, 2009), modelo que sirve como base teórica del enfoque de la Desensibilización y Reprocesamiento por el Movimiento de los ojos, conocido por EMDR por su acrónimo inglés para *Eyes Movement Desensitization and Reprocessing*, se diseñó con el fin de aliviar la sensación de angustia que se asocia con recuerdos traumáticos, ya que permite facilitar el acceso y el reprocesamiento de estos recuerdos con el objetivo de reducir la angustia subjetiva, así como el fortalecimiento de las cogniciones adaptativas que se relacionan con el suceso traumático (Shapiro, 2014).

En el caso que nos ocupa, serán recuerdos traumáticos derivados de ser víctima de un acto de violencia en el desempeño de la actividad laboral. El concepto de violencia engloba una amplitud de elementos en sus formas, actores implicados y efectos (Galaviz-Armenta, 2020), por lo que es fundamental centrar el término en aquel que se ajusta al propósito del diseño de intervención del presente trabajo de fin de grado, la violencia en el trabajo en su forma de violencia ocupacional externa.

Los casos de violencia ocupacional se relacionan con la vivencia de una situación donde hay presencia de estresores. Según Martínez (2021), un estresor puede ser definido como toda situación o evento, que requiere un cambio rutinario en referencia a la adaptación o el comportamiento de una persona, pudiendo suponer una amenaza o un desafío en relación a su bienestar o integridad física y/o psicológica.

Si consideramos la bibliografía existente en relación al objeto de esta intervención, se detecta una amplia cantidad de estudios y artículos relacionados con la violencia ocupacional ya que esta, junto con el acoso en el trabajo, impactan en más de una de cada cinco (22,8% o 743 millones de persona con empleo) en todo el mundo, según la Organización Internacional del Trabajo (OTI) recoge en su informe tras la primera encuesta mundial sobre las experiencias de violencia y acoso en el trabajo (OTI, 2022).

En particular, la violencia ocupacional en personas trabajadoras del sector sanitario está ampliamente documentada ya que este colectivo, conjuntamente con el sector educativo, se sitúan entre los más afectados por la violencia laboral (Bustos *et al.*, 2015) donde su alcance se relaciona con situaciones de violencia en el ámbito hospitalario y en asistencia primaria, ya sea en referencia a entidades públicas o privadas pero no se localiza bibliografía que aborde la violencia ocupacional externa en otros sectores profesionales de alto riesgo como pueden ser trabajadores de servicios públicos, empleadas del hogar, cajeros de supermercado, seguridad privada, policía o trabajadores sociales (European Agency for Safety and Health at Work, 2023), ni diseños de intervención para los equipos de psicología que deben realizar la asistencia psicológica en casos de violencia ocupacional externa.

En relación a los protocolos de actuación para hacer frente a la violencia ocupacional que deben implantar las empresas, públicas y privadas y llevar a cabo el abordaje de situaciones de violencia ocupacional externa, tanto desde un punto de vista preventivo, como de actuación en el caso de que se produzca

un suceso violento en el lugar de trabajo, atendiendo a las directrices del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, es de obligado cumplimiento para los empresarios su desarrollo atendiendo al cumplimiento de los artículos 14,15,16,18 y 22 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales

En cuanto a cómo deben llevar a cabo la intervención psicológica los profesionales de la psicología que deben tratar estos casos en el ámbito laboral, no se detecta la publicación de protocolos de intervención, por lo que la presente propuesta puede contribuir a enmarcar la actuación psicológica para el abordaje de casos de VOE.

En referencia al TEA, diagnóstico que se relaciona con el trauma y factores de estrés como puede ser la sintomatología asociada al estrés que se relaciona con la vivencia de un incidente violento (Pérez y Nogareda, 1998), según Bados (2005), existen programas de intervención breve basados en programas cognitivos-conductuales que se dirigen a víctimas recientes (Foa, Hearst-Ikeda y Perry, 1995, citado en Bados, 2005), así como el reconocimiento del uso de EMDR como tratamiento eficaz para el tratamiento de la memoria traumática. Otros estudios, evidencian el uso de la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCC-CT) para el abordaje de sintomatología relacionada con el TEPT (García-Vera *et al.*, 2015, citado en Escudero *et al.*, 2018) con resultados positivos en cuanto a la mejoras estadísticas y clínicas significativas.

En territorio español, la legislación vigente determina, en su RDL 1/1994, de 20 de junio, artículo 115 de la Ley General de Seguridad Social, que un accidente laboral es toda lesión corporal (daño, detrimento corporal, secuela o enfermedad psíquica o psicológica) que sufra el trabajador con ocasión o consecuencia del trabajo que ejecuta por cuenta ajena o por cuenta propia, y que las entidades que cubren los accidentes laborales en el estado español son las mutuas de accidentes laborales, cuya misión en este aspecto, es el de prestar asistencia sanitaria a través de sus red asistencial compuesta por hospitales y centros médicos (Agrupación de Mutuas de Accidentes de Trabajo, 2023b).

Con el fin de poder conocer las actuaciones que llevan a cabo las personas que conforman los equipos de psicología de estas entidades, se lleva a cabo una exhaustiva revisión de la bibliografía actual, donde no se ha detectado ningún diseño de intervención psicológica que se ajuste a este colectivo. Es por este motivo que, dotar al personal que conforman los equipos de psicología de las mutuas de accidentes laborales, de un diseño de intervención psicológica temprana en casos de violencia ocupacional externa, permitiría guiar su actuación de manera unificada en todo el territorio español pudiendo contribuir a la disminución y control de sintomatología asociada al TEA y la evitación del desarrollo del TEPT, así como velar por el cumplimiento de dos importantes normativas vigentes: la que establece que cualquier trabajador afiliado tiene derecho a recibir asistencia sanitaria (Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, 2023b) y la Ley 14/1986 de 25 de abril, Ley General de Seguridad Social, en su artículo 3.2., la cual señala que la asistencia sanitaria pública se debe extender a toda la población española donde su acceso y prestación sanitaria se debe realizar en condiciones de igualdad efectiva.

1.2. Revisión teórica

1.2.1. Violencia Ocupacional Externa (VOE)

El término violencia, según la Organización Mundial de la Salud, se define como el uso deliberado de la fuerza física o el poder, en grado efectivo o de amenaza, que se lleva a cabo contra otra persona, grupo o comunidad, así como contra uno mismo, y que tenga posibilidades o cause lesiones, daños psicológicos, muerte, así como trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2003).

En el estado español, es el Ministerio de Trabajo y Economía Social, a través del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, cuya misión es analizar y estudiar las condiciones de seguridad y salud en el trabajo, entre otros cometidos, la entidad encargada de gestionar los factores de riesgo que impactan de manera negativa sobre la salud, bienestar y seguridad de las personas trabajadoras y que se encarga de abordar desde la psicología del trabajo (INSST, 2023a)

En particular, la violencia es considerada como un factor de riesgo en el ámbito laboral, suponiendo un riesgo significativo y grave para la persona que la sufre. La violencia ocupacional, es definida como aquellas conductas de violencia física o de violencia psicológica, en forma de amenazas, ataques, abusos, que se derivan de la interacción entre las personas cuando estas ocurren en el puesto de trabajo (INSST, 2023b).

Las formas en las que es ejercida la violencia en el trabajo contemplan la violencia física abarcando: la agresión física sobre la persona trabajadora, causar daños en las propiedades de las personas que desempeñan sus funciones laborales o en la organización donde se ubican, así como la violencia psicológica en forma de amenazas, intimidación, conductas que puedan causar daño moral y/o psicológico, entre otras. Si atendemos a cómo se produce la exposición al riesgo, se puede diferenciar entre acoso laboral, sexual o discriminatorio y violencia ocupacional. (INSST, 2023b).

La violencia ocupacional, objeto de esta intervención, se divide en tres tipos: el tipo I es la ejercida de manera interna en la organización y abarca aquella que se da entre personas de la misma empresa (personas compañeras o equipo de dirección de la empresa); el tipo II es la que hace referencia a la violencia que se deriva de las relaciones interpersonales eventuales entre usuario-cliente y una persona trabajadora que está llevando a cabo un servicio y; el tipo III, objeto de la intervención que se pretende llevar a cabo, hace referencia a la violencia ejercida por personas desconocidas que provienen del exterior, sin que haya relación con el servicio que se está presentado (INSST, 2023b).

El motivo de la elección de centrar el diseño de intervención en la asistencia psicológica, en casos de violencia ocupacional externa (VOE), se debe al alto índice de prevalencia que se relaciona con casos de baja médica laboral que se derivan de estos sucesos y a la gravedad de sus lesiones.

A falta de publicación de datos oficiales a cierre 2022, las estadísticas publicadas por el Ministerio de Trabajo y Economía Social relativa al año 2021 y en relación a la población activa en territorio español, muestran cómo, mientras los casos de baja médicas relacionadas con la violencia, agresión y/o amenaza entre los miembros de la empresa (violencia ocupacional I) fueron en un total de 474 casos, donde se clasificaron 8 casos graves y un caso mortal, los casos relativos a la misma situación pero donde la violencia es ejercida por personas ajenas a la empresa, el total asciende a 4.502 personas trabajadoras con lesiones que derivaron en una baja médica laboral, con un clasificación de 23 personales graves y 5 fallecidos (Ministerio de trabajo y economía social, 2023).

Debido a la significativa cantidad de casos que recogen las estadística en relación con la violencia ocupacional externa y la gravedad que se registra, donde como resultado, las lesiones que sufren las personas trabajadoras se relacionan con episodios de baja médica laboral, es necesaria una actuación para que las posibles secuelas que se derivan del suceso en el ámbito de la salud mental, sean lo menos incapacitantes posibles, pudiendo contribuir a la reincorporación en sus puestos de trabajo de manera funcional.

Revisada la afiliación a cierre del primer trimestre 2023, la Tesorería General de la Seguridad Social registra un total de 20.148.628 personas afiliadas (Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, 2023a), por lo que la totalidad de estas personas afiliadas pueden ser susceptibles de recibir asistencia sanitaria tras un caso de violencia ocupacional externa. A través de la propuesta del presente trabajo, se pretende asegurar el acceso a la atención psicológica que de estos casos puede derivarse para toda la población activa, a través de una intervención psicológica temprana, con independencia del lugar de residencia de las personas que requieren asistencia psicológica, de la proximidad o no de un centro sanitario donde llevarla a cabo o de si la persona trabajadora dispone de alguna limitación para acudir a recibir atención psicológica de forma presencial.

1.2.2. Uso de la tecnología: Teleterapia.

La teleterapia, forma parte de la telepsicología, concepto que engloba aquellas actividades a distancia que se dan en el ámbito de la psicología. En concreto, la teleterapia se utiliza en el ámbito clínico y sanitario y se define como aquella actividad que se lleva a cabo a distancia, con un contacto visual, sustituyendo de esta forma al contacto físico con el paciente (González-Peña *et al.*, 2017).

Según González-Peña *et al.* (2017), dado el reciente surgimiento de la telepsicología, los conceptos se encuentran en proceso de definición. Para abordar el estudio del uso de las tecnologías en las y los psicólogos españoles, basa su trabajo en la propuesta de Barak, Klein y Proudfoot (2009, citado en González-Peña *et al.*, 2017) por lo que, siguiendo con estos y estas autoras, el presente trabajo se relaciona con la intervención psicológica a través de la denominada teleterapia.

Si atendemos a la propuesta de González-Peña *et al.* (2017), figura 1, basada en una adaptación realizada de Barak *et al.* (2009, citado en González-Peña *et*

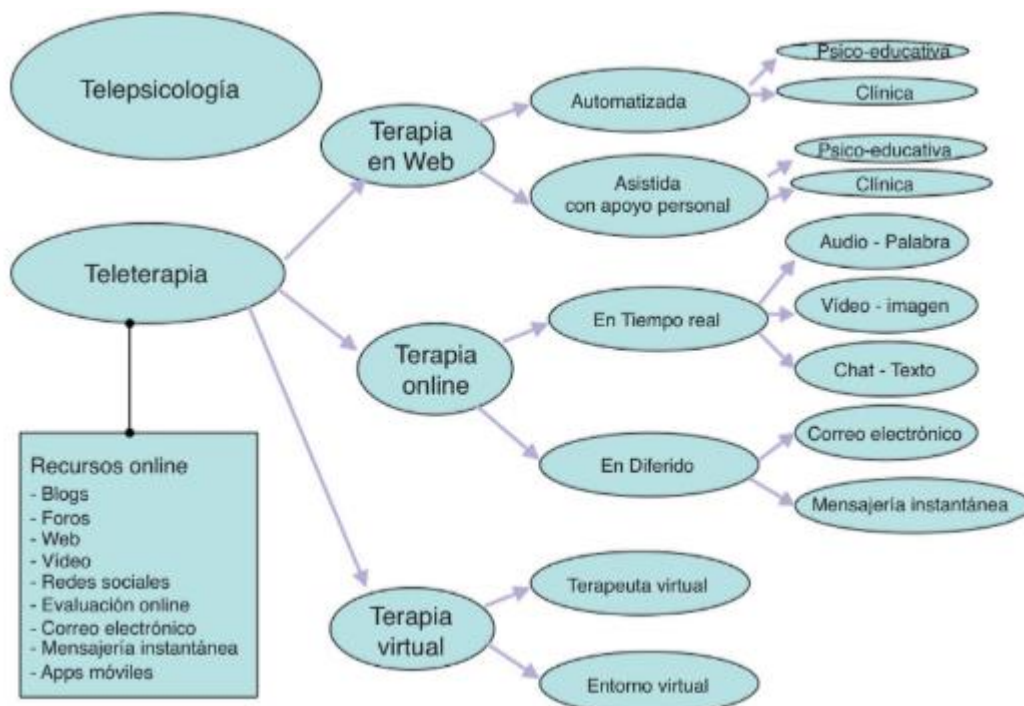
al., 2017), se diferencian las siguientes modalidades a modo de recurso en telepsicología:

- **Terapia en web:** A través de programas autoaplicados, la persona lleva a cabo la terapia de manera automatizada o con una asistencia del terapeuta puntual.

- **Terapia virtual:** Haciendo uso de simulación de ambientes o terapeuta virtual que lleva a cabo el proceso terapéutico.

- **Terapia online:** Realización de asistencia psicológica haciendo uso de la tecnología: correo electrónico, mensajería, videollamada, entre otros, en tiempo real o de manera diferida.

Figura 1.
Recursos de Telepsicología.



Nota: Adaptación de los autores de la propuesta de Barak *et al.* (2009).

Fuente: González-Peña *et al.* (2017).

Según (González-Peña *et al.*, 2017), una de las principales preocupaciones de los y las profesionales de la psicología, es el establecimiento de una buena alianza terapéutica con el paciente, y de la eficacia de esta modalidad terapéutica en cuanto al tipo de intervención psicológica llevada a cabo.

De la revisión sistemática llevada a cabo por Socala *et al.* (2012), se concluye que del análisis de 11 estudios que realizan la comparativa entre casos abordados desde la terapia a distancia y la terapia presencial en lo referente a la alianza terapéutica, se muestran resultados que apuntan hacia la equivalencia entre los dos tipos de terapia, hallando una relación positiva entre la terapia a distancia y la alianza terapéutica.

En referencia a estudios que relacionan la teleterapia con la eficacia clínica o sanitaria, una parte importante de la investigación se centra en la que procede de su uso en la terapia cognitivo-conductual (TCC) (Lawlor-Savage y Prentice, 2014, citado en González-Peña *et al.*, 2017), en la terapia de orientación psicoanalítica (Czalbowski, Bastos y Roperti, 2014, citado en González-Peña *et al.*, 2017) y para el tratamiento de la depresión y la ansiedad, obteniendo para estos últimos, resultados esperanzadores en cuanto al uso de la modalidad terapéutica de la teleterapia (Eells *et al.*, 2014; Fann *et al.*, 2015; Olthuis *et al.*, 2014, citado en González-Peña *et al.*, 2017).

En relación a las razones por las cuales los pacientes iniciaron teleterapia con los y las psicólogas inscritas en el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, tras el estudio realizado por González-Peña *et al.* (2017) se recoge como los participantes, en un 35,38% fue a petición propia del cliente, en un 34.62%, como complemento a terapia presencial en caso de traslado o viaje del cliente, un 13.08%, se inició con el fin de poder llegar a un mayor número de pacientes, el 9.23% permitió llegar a un determinado sector de la población y en un 3.08%, debido al cambio de residencia del terapeuta.

1.2.3. Apuesta por la intervención temprana.

El objetivo principal de poder asistir de inmediato a las víctimas de un suceso traumático es la de ayudar a ventilar las emociones que se desprenden de la vivencia de un evento de tales características, la detección de aquellas personas que precisen de una intervención psicológica, así como evitar la aparición de trastornos o agravación de estos (Echeburúa y Corral, 2007).

Según Piqué (2013), las innovaciones tecnológicas que se vislumbran, en relación al sistema sanitario español, se relacionan con poder anticiparse y poder iniciar de forma precoz los tratamientos a los que deben ser sometidos los pacientes. Esta anticipación puede impedir que una enfermedad pueda llegar a producirse o, de producirse, poder proporcionar una mejora en el pronóstico de esta. Esta nueva forma de poder abordar la asistencia psicológica permite acercar al propio domicilio del paciente las necesidades terapéuticas que podrían derivarse tras ser víctima de un suceso traumático como es sufrir un acto de violencia ocupacional externa.

La detección temprana de aquellas reacciones postraumáticas que se derivan de sucesos traumáticos como es ser víctima de una agresión en el puesto de trabajo, permiten poder identificar a personas que diagnosticadas de TEA puedan estar en riesgo de desarrollar un TEPT pudiendo desencadenar secuelas psíquicas permitiendo poder establecer estrategias de intervención enfocadas a evitar la cronificación del trastorno (McRally, 2007; Echeburúa, 2007, citado en Calzada, 2012).

La atención temprana no es algo nuevo en situaciones de emergencia o de auxilio psicológico, ya que las guías y protocolos de actuación recogen la necesidad de llevar a cabo los principios básicos de la asistencia psicológica en materia de emergencias o situaciones de crisis, aludiendo a cómo la inmediatez contribuye al alivio de la sintomatología psicopatológica y a la prevención de

futura cronicidad (Baloian *et al.*, 2007), así como a la dotación de una intervención psicológica temprana, en casos de primeros auxilios psicológicos, representando una ayuda inmediata y breve que permite dar apoyo psicológico a las personas con la finalidad de poder restablecer su estabilidad personal a distintos niveles: físico, emocional, cognitivo y conductual (Osorio, 2017).

La teleterapia permite realizar una asistencia de manera inmediata, situando a la intervención psicológica al lado de la víctima, sin importar barreras geográficas o de movilidad. Poder beneficiarse de una atención psicológica temprana puede contribuir al reestablecer la vida cotidiana de la víctima, a la prevención de la aparición o cronificación de trastornos psicológicos pudiendo contribuir a neutralizar actitudes vengativas o de odio contra su victimario (Robles y Medina, 2003, citado en Echeburúa y De Corral, 2007).

1.2.4. El Trastorno de Estrés Agudo (TEA).

De la vivencia de un acontecimiento traumático que supone una amenaza significativa, en relación al plano físico, psicológico o emocional y a la seguridad de una persona, en ocasiones la persona puede acabar desarrollando un TEA (Bados, 2019).

Según Echeburúa y De Corral (2007), estas personas pueden quedar atrapadas en relación al evento sufrido y presentar dificultades en sus constantes biológicas relacionadas con el apetito y el sueño, presas de un sufrimiento constante, con dificultades para el control de pensamientos y emociones, con conductas de aislamiento social, incapaces de poder afrontar su día a día, con lo que a menudo pueden iniciar conductas contraproducentes como es beber y comer en exceso, automedicarse, entre otras. Se trata de personas que se sienten desbordadas por lo sucedido y pueden requerir de asistencia psicológica.

1.2.4.1. Definición y clasificación.

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), enclava al diagnóstico de TEA dentro de los denominados trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. Una de sus principales características, según Durón *et al.* (2018), es el aumento de estrés y la ansiedad que presenta la persona, tras la exposición a un acontecimiento traumático cuya sintomatología inicia entre el día tres y hasta un mes después del suceso y donde se identifican síntomas como son la reexperimentación, la activación y evitación y síntomas disociativos, así como el estado de ánimo negativo (APA, 2013; Jarero, 2013, citado en Canto, 2017).

Se trata de un trastorno psiquiátrico transitorio, que puede ser explicado a través del modelo integrador de Bryant y Harvey (2000, citado en Canto, 2017) el cual incluye la dimensión temporal en relación a la reacción traumática, factores predisponentes como son antecedentes psiquiátricos y variables genéticas y que influirían en la respuesta de la persona en relación al suceso traumático y a la posibilidad de desarrollar un TEA, así como la influencia de las estrategias de afrontamiento que utiliza la persona en la fase de estrés agudo y que mantienen un rol de importancia en el desarrollo del TEA.

En cuanto a los criterios diagnósticos del TEA según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), en relación al evento traumático, la persona ha debido experimentar o haber presenciado de manera directa o indirectamente (tener conocimiento a través de un familiar o amigo) de un evento traumático, o bien ha sido expuesto de manera extrema o repetida a detalles de este. En referencia a los síntomas, deben estar presentes de 9 a más de los 14 síntomas disociativos, intrusivos, del estado de ánimo negativo, de hiperactivación o de evitación, que provoquen un malestar clínicamente significativo o que causen un deterioro importante en distintas áreas de su vida, en un temporalidad que abarca del tercer al mes después del suceso. Finalmente, las alteraciones descritas no deben ser efecto de otros factores (Canto, 2017).

Puesto que el TEA tiene en consideración, que la exposición al suceso traumático puede ser como experiencia directa o en presencia directa cuando el suceso afecta a otras personas, aquellas personas trabajadoras que desarrollan su trabajo en una profesión considerada de riesgo pueden haber sufrido de manera directa o indirecta sucesos traumáticos procedentes de su entorno laboral, siendo susceptibles de desarrollar un TEA, en algún momento del desempeño de su actividad laboral.

1.2.4.2. Diagnóstico diferencial: Trastorno de estrés postraumático (TEPT).

El único diagnóstico diferencial que se relaciona con el TEA de manera directa es el TEPT ya que ambos comparten el componente traumático. Según Crespo *et al.* (2019), estos dos trastornos surgen como resultado de una vivencia relacionada con un evento traumático o de un trauma y que supone, para la seguridad de la propia persona o de un ser querido, una amenaza física, emocional o psicológica significativa.

Si atendemos al diagnóstico diferencial que se recoge en el DSM-5 del TEA respecto al TEPT, es la temporalidad de los síntomas asociados lo que diferencia ambos diagnósticos. Si la sintomatología del TEA persiste más allá de un mes, y se cumplen criterios para el TEPT, el diagnóstico se debe modificar (American Psychiatric Association, 2014). Se estima que un 75% de las personas diagnosticadas con TEA, alrededor de las 2 o 4 semanas, finalizan por desarrollar un TEPT, a partir del mes del suceso traumático (Bados, 2017).

El TEPT se puede definir como aquella reacción emocional de carácter intenso que surge tras un suceso traumático y que presenta alteración de la conciencia o de la conducta, del sentido y que amenaza la vida de la persona y su bienestar (Bermúdez *et al.*, 2020).

Los síntomas que se evidencian en el TEPT pueden englobarse en cuatro grupos diagnósticos como son la evitación, reexperimentación, la hiperalerta y el humor/cognición negativos (Crespo *et al.*, 2019). Estos deben tener una duración superior a un mes y deben provocar un deterioro social, laboral u de otras áreas relacionadas con el funcionamiento de la persona, así como una perturbación que provoque un malestar clínicamente significativo (Bados, 2017).

Llevar a cabo la actuación terapéutica durante la temporalidad en la que se enclava el TEA, podría contribuir a una menor incidencia en el desarrollo del TEPT ya que, según Bados (2005), existe una importante frecuencia donde el TEPT inicia con criterios de TEA y recoge estudios donde el 80% de las personas diagnosticadas de TEA, cumplen criterios para el TEPT pasados 6 meses, y entre el 63% y 80% sufren TEPT pasados dos años del evento traumático (Bryant, Moulds y Nixon, 2003, citado en Bados, 2005).

1.2.4.3. Prevalencia y factores de riesgo.

La prevalencia del TEA varía según la naturaleza del evento traumático, grado de exposición, de su gravedad o de la persistencia en el trauma, así como de las características individuales de la víctima del suceso (American Psychiatric Association, 2002, 2013; Biggs *et al.*, 2012, citado en Canto, 2017), es decir, de los factores de riesgo personales que de manera significativa inciden en el desarrollo del TEA.

En el estudio llevado a cabo en Barcelona por Canto (2017), un 66.7% de las mujeres que fueron víctimas de una agresión sexual reciente, situación contemplada como violencia ocupacional externa, desarrollaron un TEA y señala como factores de riesgo, en relación al objeto del presente trabajo, que la víctima hubiese experimentado disociación peritraumática, factor predictor del desarrollo de TEPT en niños afectados por la guerra (Peltonen *et al.*, 2017), ser extranjera, así como tener antecedentes psiquiátricos.

La autora recoge en su tesis cómo la prevalencia del TEA varía según los sucesos a los que se someten las víctimas: agresiones físicas (24%), víctimas de robos y agresiones (25%), empleados bancarios víctimas de robo (10%), víctimas de crímenes violentos (19%), víctimas de accidentes de trabajo (6-12%) y víctimas de agresiones sexuales (19-59,6%) (Canto, 2017).

Siguiendo con el trabajo de Castro (2017), en la tabla 1, se recogen los estudios que hacen referencia a los factores de riesgo los cuales permitirían poder identificar aquellas personas que pueden ser víctimas potenciales para el desarrollo del TEA en situaciones de exposición a un estrés severo (Howlett y Stein, 2016, citado en Castro, 2017). Se realiza una adaptación del contenido de la tabla original con el fin de ajustar los elementos de interés al objeto del presente trabajo.

1.2.4.4. Evaluación del TEA.

Si retomamos la consideración de la estrecha relación que mantiene el TEA con el TEPT, este hecho tiene especial relevancia para la evaluación del TEA en cuanto a la medida de la sintomatología de estrés.

Gran parte de los estudios que se relacionan con la evaluación del TEA, han medido su sintomatología haciendo uso de escalas desarrolladas inicialmente para medir el TEPT y escalas complementarias para síntomas disociativos (Durón *et al.*, 2018), por lo que, de manera específica, se han desarrollado pocas

escalas para la evaluación del TEA (Bryant, Harvey, Dang y Sackville, 1998; Bryant, 2013, citado en Durón et al., 2018).

Según Durón et al. (2018), en la actualidad se dispone de tres instrumentos que de manera específica permiten medir el TEA:

- Entrevista Estructurada para el TEA (Acute Stress Disorder Interview; Bryant et al., 1998)
- Cuestionario de Reacción Aguda al Estrés de Stanford (SASRQ) (The Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire; Cardaña, Classen y Spiegel, 1991; Cardaña, E., Koopman, C., Classen, C., Waelde, L. y Spiegel, D., 2000).
- Escala de Trastorno por Estrés Agudo (Acute Stress Disorder Scale; Bryant, Moulds y Guthrie, 2000).

Tras una revisión de los tres instrumentos disponibles, se descarta el Cuestionario de Reacción Aguda al Estrés de Stanford (SASRQ), ya que si bien este cuestionario permite medir los síntomas característicos del TEA y dos de sus ítems permiten la evaluación del deterioro en el funcionamiento (Caballo, 2006), la Escala de Trastorno por Estrés Agudo, se trata de una escala auto aplicada, basada en la entrevista estructurada para el TEA (Durón et al., 2018), que presenta como aspecto diferenciador, el poder de predicción frente al desarrollo del TEPT, aspecto que se relaciona con el uno de los objetivos generales de la propuesta de intervención, motivo por el cual se selecciona como instrumento de evaluación.

Son diversos los autores que hacen referencia a la Escala de Trastorno por Estrés Agudo, como escala específica para la identificación de la sintomatología de TEA (Durón et al., 1998; Bados, 2005; Elkit y Christiansen (2010), Hansen et al., 2015, citado en Canto, 2017).

El hecho de que esta escala permita identificar a personas que pueden estar en riesgo de desarrollar TEPT, es de suma importancia para el presente trabajo ya que el propósito de la intervención es hacer uso de la teleterapia con el fin de contribuir a un menor desarrollo de casos que siendo diagnosticados de TEA, acaben con un TEPT. De este modo, en la evaluación previa al inicio del tratamiento se podrá obtener una medida predictora del desarrollo de TEPT tras 6 meses de la exposición (Durón et al., 2018) situación que aporta información de especial valor y que puede ser relevante para el abordaje clínico del caso.

Tabla 1. Estudios de los factores de riesgo significativos para el Trastorno de Estrés Agudo (TEA) relacionados con la violencia ocupacional externa.

Autor	Tipo de muestra	Relación con V.O.E.	Factores de riesgo significativos
Koopman <i>et al.</i> (1999).	Mujeres sobrevivientes de abuso sexual que solicitan tratamiento. (N=32).	Abuso sexual en el puesto de trabajo.	Abuso sexual en la infancia. Disociación. Depresión. Ansiedad.
Brewin <i>et al.</i> (1999).	Víctimas de crímenes violentos. (N=157).	VOE con resultado de muerte o considerado grave.	Género femenino.
Elklit (2002).	Empleados de tiendas víctimas de robos y asalto violento. (N=65).	VOE derivada de atracos en el puesto de trabajo.	Género femenino. Estar en matrimonio. Ansiedad. Contacto con otras víctimas.
Elklit y Brink (2003).	Víctimas de asalto violento que llegan a la sala de urgencias. (N=1084).	VOE derivada de saltos violentos y que requieren asistencia sanitaria de urgencias.	Maltrato físico en la niñez. Abuso sexual infantil. Estado de shock de alguien cercano debido a un evento traumático. Sensación de decepción por los demás. Desesperanza.
Fuglsang, Moergeli, Hepp-Beg y Schnyder (2002).	Víctimas de accidentes hospitalizadas. (N=323)	Personas trabajadoras hospitalizadas tras sufrir VOE por lesiones físicas o psicológicas.	Antecedentes psiquiátricos. Remisión a UCI. Sentido de coherencia. Valoración subjetiva de la gravedad del suceso. Dolor. Afrontamiento emocional.
Holbrook <i>et al.</i> (2005).	Adolescentes lesionados. (N=401).	Adolescentes que son víctimas de VOE.	Genero femenino. Antecedentes de situación violenta.
Biggs <i>et al.</i> (2010).	Trabajadores de catástrofes durante el 9/11 WTC.	VOE relacionada con profesiones de riesgo: policías, bomberos, sanitarios y socorristas.	Exposición a muerte y heridos y conocerlos. Expresión previa a eventos traumáticos. Disociación peritraumática.
Hansen <i>et al.</i> (2014).	Víctimas de robo de bancos. (N=450).	VOE derivados de atracos bancarios.	Género femenino. Exposición previa al robo. Pánico peritraumático. Disociación peritraumática. Ansiedad. Pensamientos negativos sobre sí mismo.

Fuente: Adaptado de Castro (2017).

Si observamos los factores de riesgo considerados significativos en relación al desarrollo del TEA, cabe reseñar la referencia a la exposición previa al evento traumático. Se debe tener en cuenta que algunas de las personas trabajadoras que son susceptibles de sufrir un episodio de violencia ocupacional externa, lo son debido a la relación de la actividad laboral que desempeñan con profesiones consideradas de riesgo. En estos casos, la exposición previa a un evento traumático, en primera o tercera persona, es un factor de riesgo presente en una gran parte de las personas que desarrollan su profesión como, banqueros, joyeros, policías, entre otros (European Agency for Safety and Health at Work, 2023).

1.2.5. Intervención psicológica en el Trastorno de Estrés Agudo (TEA).

La primera consideración a reseñar en referencia al TEA es que no todas las personas que han sido víctimas de un suceso traumático necesitarán tratamiento psicológico, siendo el equilibrio personal previo a la exposición uno de los elementos que contribuyen a que la persona pueda digerir el trauma sin necesidad de intervención psicológica (Echeburúa y De Corral, 2007).

Otra consideración en cuanto a la intervención psicológica en el TEA es, como hemos visto, la estrecha relación de este diagnóstico con el TEPT, ya que ambos diagnósticos comparten características como son el aumento del estrés y de la ansiedad tras una exposición a un suceso traumático siendo el elemento diferenciador el criterio temporal (Bados, 2019).

Según Bados (2005), la prevención del desarrollo del TEPT es un objetivo relevante para intervenir en el TEA, por lo que una intervención psicológica temprana podría contribuir al evitar el desarrollo del TEPT, trastorno considerado de mayor gravedad (American Psychiatric Association, 2014).

De hecho, la intervención psicológica en el TEA se enfoca en tratamientos cuyo objetivo es evitar el posible desarrollo del TEPT (Bryant *et al.*, 2008; Calzada *et al.*, 2012), mostrando especial interés por las creencias distorsionadas, reacciones fóbicas y sentimientos de culpa que desarrollan las víctimas de sucesos traumáticos (Echeburúa y De Corral, 2007).

En el mismo sentido, la guía NICE, National Institute for Health and Care Excellence (2018), no contempla el TEA como diagnóstico para la dedicación de una guía específica, sino que da como resultado la guía del TEPT dirigido a los y las profesionales que llevan a cabo el tratamiento psicológico de personas diagnosticadas de TEPT o que corren el riesgo de padecerlo.

En el estudio realizado por Bryant *et al.* (2008), el propósito del diseño de intervención psicológica era determinar la eficacia de la terapia de exposición frente a la reestructuración cognitiva. El resultado fue que el tratamiento en personas diagnosticadas de TEA basado en la terapia de exposición obtuvo una mayor reducción de síntomas de TEPT, en comparación con la reestructuración cognitiva. Concluye que la terapia basada en exposición se debe usar en forma de intervención temprana en referencia a personas que puedan tener un alto riesgo de acabar desarrollando un TEPT.

En la misma línea, Echeburúa y De Corral (2007), en su estudio sobre la intervención en víctimas de sucesos traumáticos, recoge cómo la terapia de exposición parece ser la más efectiva para el abordaje del trauma, aunque reseña como pueden darse reacciones reacias a la exposición cuando existen altos niveles de evitación. Se recoge como en estos casos o en situaciones donde se recogen emociones como la ira, la voluntad de venganza o de culpa, una ayuda complementaria es la reestructuración cognitiva.

La anteriormente mencionada Guía NICE, en su apartado destinado a la prevención para adultos, recoge cómo las recomendaciones en materia de

intervención con TCC-CT, se consideran en relación a la intervención psicológica preventiva en adultos diagnosticados de estrés agudo (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

En su apartado de tratamiento para adultos, se ofrecen las siguientes intervenciones, obviando las relativas al trauma relacionado con el combate por tratarse de población activa no civil fuera del ámbito de este diseño de intervención, incluyendo el EMDR como una opción a considerar en cuanto al tratamiento del TEA / TEPT (National Institute for Health and Care Excellence, 2018):

- Intervenciones basadas en Terapia Cognitiva Conductual (TCC) centrada en el trauma (TCC-CT), incluyendo la terapia de procesamiento cognitivo, terapia cognitiva, terapia de exposición narrativa y terapia de exposición prolongada.
- Se considera el EMDR cuando la persona tiene preferencia por esta terapia.

La guía APA (American Psychological Association, 2017) para el tratamiento del TEPT enumera la intervención basada en Terapia Cognitivo Conductual, terapia de procesamiento cognitivo, terapia cognitiva, terapia de exposición prolongada, la psicoterapia ecléctica breve, terapia de exposición narrativa y EMDR. La guía APA deja constancia de manera explícita que está dedicada al tratamiento y no a la prevención del TEPT.

En el Manual Operativo del mhGAP (Organización Panamericana de la Salud, 2020), cuyo contenido recoge los protocolos y directrices clínicas que se destinan a las personas que deben recibir tratamiento en relación a la salud mental, se contempla en los casos que se relacionan con repercusiones derivadas de sucesos potencialmente traumáticos, como alternativa a la TCC, la terapia DMOR, por su acrónimo español para Desensibilización mediante Movimientos Oculares rápidos y Reprocesamiento, EMDR, por su acrónimo inglés.

Se recoge como en los casos de TEPT, se amplía al EMDR la consideración de tratamiento avanzado con el fin de poder atenuar los recuerdos reiterativos y no deseados del evento traumático sufrido (Organización Mundial de la Salud, 2013).

1.2.6. La terapia EMDR.

La terapia EMDR consiste en un tratamiento psicoterapéutico que originalmente fue diseñado con el fin de aliviar la angustia que se relaciona con los recuerdos traumáticos (Shapiro, 1989a, 1989b, citado en Hensley (2010)). Está guiada por un modelo teórico único, el modelo del Sistema de Procesamiento de la Información a estados Adaptativos (SPIA), el cual postula que son las redes de la memoria la base de la patología y la salud (SPIA; Shapiro, 2001; 2018, citado en Jarero y Artigas, 2018).

A finales de los años 80, la Dra. Shapiro, descubrió cómo los movimientos voluntarios oculares reducían la intensidad de la angustia generada por

pensamientos negativo e inició una investigación con soldados de la guerra de Vietnam que volvían traumatizados y con víctimas de abuso sexual con el fin de evaluar la eficacia de su descubrimiento. Como resultado de tal observación, pudo comprobar como de un modo significativo, los síntomas del TEPT disminuían para la población estudiada (Chávez-Igor, 2022).

Desde entonces, en cuanto a la efectividad del EMDR, diferentes estudios la han demostrado en cuanto a la reducción de la frecuencia e intensidad de los síntomas que manifestaban pacientes con sintomatología de moderada a grave relacionada con trauma psicológico (Gómez y Ashdown, 2013). Dicha efectividad ha sido objeto de verificación en varios metanálisis (Van Etten y Taylor, 1998; Bradley *et al.*, 2005; Davidson y Parker, 2005; Seidler y Wagner, 2006, Benish *et al.*, 2008, Jonas *et al.*, 2013, Chen *et al.*, 2014,2015, citado en Valiente-Gómez *et al.*, 2017), como resultado, la OMS reconoció finalmente el EMDR como psicoterapia de elección para el TEPT (Valiente-Gómez *et al.*, 2017).

Según Jarero y Artigas (2018), la psicopatología tiene su causa primaria por memorias relacionadas con experiencias adversas, las cuales han sido inadecuadamente procesadas y que se han almacenado en la memoria de manera desadaptativa y de manera específica. Esta especificidad pasa por que toda aquella información que se relaciona con el suceso: imágenes, cualquier tipo de ingreso sensorial como puede ser sonidos, olores, así como emociones y/o sentimientos y sensaciones físicas, se almacenan de la misma forma en que fueron vividas, es decir, de manera desadaptativa derivado de su almacenaje por asociación.

Estos almacenajes fruto de experiencias pasadas, forman unas redes de memoria que se relacionan con experiencias presentes y pueden dar como resultado que estímulos externos y/o internos, activen las citadas redes neuronales, y como consecuencia, pueda haber una contribución a una disfunción presente (Jarero y Artigas, 2018).

Según Zorrilla (2018), una gran cantidad de asociaciones, como son la Americana de Psiquiatría o la Internacional para el Estudio de Estrés Traumática, así como el Departamento de Defensa y de Veteranos y estudios internacionales apoyan el uso de EMDR para problemas que se relacionan con el trauma en casos de terrorismo, guerra o desastre natural (Bleich, Kotler, Kutz y Shalev, 2002; Ursano *et al.*, 2004, citado en Zorrilla, 2018).

En relación a la División Clínica de la American Psychiatric Association, según Zorrilla (2018), probablemente los únicos métodos eficaces y que cuentan con apoyo empírico, sea para el tratamiento de cualquier tipo de estrés postraumático, la terapia de exposición, la de inoculación al estrés y el EMDR (Chambless *et al.*, 1998, citado en Zorrilla (2018).

1.3. Objetivos.

Ante el problema en relación a personas que son diagnosticadas de TEA y que pueden llegar a desarrollar un trastorno considerado de mayor gravedad, debido

a la falta de acceso de forma temprana a tratamiento psicológico, formulamos las siguientes cuestiones a las que se pretende dar respuesta:

¿Cuál es la contribución de la teleterapia, en relación al tratamiento psicológico del TEA en casos de VOE?

1.3.1. Objetivos generales.

Desarrollar una propuesta de intervención psicológica temprana para el tratamiento de personas trabajadoras que tras ser víctimas de VOE han desarrollado un TEA, basada en la teleterapia.

Comprobar la asociación de la mejoría en el desarrollo del TEPT y el uso de la teleterapia.

1.3.2. Objetivos específicos.

Disminuir el impacto psicológico tras un suceso traumático.

Comprobar la efectividad de la propuesta de intervención en la reducción y control del impacto psicológico en casos de TEA.

1.4. Propósito de la intervención

El propósito de llevar a cabo el presente diseño de intervención es el de facilitar acceso a la asistencia psicológica a aquellas personas trabajadoras que, tras ser víctimas de un episodio de VOE, han desarrollado sintomatología compatible con un TEA y requiriendo de intervención psicológica, presentan alguna dificultad para realizarla de forma presencial.

Para llevar a cabo la intervención, se plantea un diseño haciendo uso de la teleterapia, tecnología que permite una alternativa a la intervención presencial clásica, facilitando el inicio de la terapia psicológica y su acceso como, por ejemplo, a personas con movilidad reducida, residentes en zonas rurales, con centros asistenciales lejanos, con presencia de clínica psicopatología incapacitante para su traslado (agorafobia, claustrofobia, etc.), entre otros (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2018).

A través del diseño de una intervención psicológica temprana, se pretende intervenir en el TEA haciendo uso de la terapia EMDR, contribuyendo a una pronta recuperación de la salud mental de la persona trabajadora afectada y a su reincorporación en el puesto de trabajo, así como poder contribuir a evitar el desarrollo del TEPT, trastorno grave que se asocia repetidamente con la violencia ocupacional externa (Lanctöt y Guay, 2014, citado en Al Ali, 2021).

2. Método

2.1 Descripción de la intervención

Se lleva a cabo un diseño de intervención a través del uso de la teleterapia en base a sus ventajas respecto a la prestación de servicios psicológicos como son la accesibilidad y facilidad de acceso al inicio de la terapia, así como al mantenimiento en la regularidad en la prestación del servicio (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2018).

Los y las psicólogas que conforman los equipos de psicología de las mutuas de accidentes laborales, entidades que cubren la asistencia sanitaria en casos de VOE, realizarán la intervención psicológica haciendo uso de la teleterapia, en la modalidad de terapia online, en tiempo real y haciendo uso de la video-imagen a través de la cual es posible la comunicación audiovisual. La elección de esta modalidad se relaciona con la técnica para llevar a cabo la intervención psicológica, la terapia EMDR.

La técnica utilizada se basa en el protocolo para estándar de EMDR, terapia que plantea varias ventajas las cuales se relacionan con el propósito del diseño de intervención como son, la posibilidad de poder aplicarse en días sucesivos, de manera breve y sin requerir que la persona realice tareas en casa (Shapiro y Laub, 2015, citado en Sandoval, 2017). Se establecen un total de 7 sesiones, 2 sesiones por semana, con una duración de 60 minutos, siendo esta temporalidad coincidente con la duración del TEA, es decir, entre el primer día de asistencia psicológica (primer día y tercero del suceso según criterios de inclusión) y el día 30 desde el suceso.

2.2. Diseño de la evaluación

En relación a las variables que intervienen en el diseño de evaluación se registran:

Variables Dependientes (VD): Síntomas de estrés.

Se trata de una variable cuantitativa y discreta. Su medición se alcanza a través del uso de instrumentos psicométricos, en el caso que nos ocupa, de la Escala de Trastorno por Estrés Agudo (Acute Stress Disorder Scale; Bryant, Moulds y Guthrie, 2000) permitiendo cuantificar la sintomatología del TEA.

Variable Independiente (VI): Intervención temprana con teleterapia.

Se trata de una variable cualitativa, con un nivel de medición nominal, cuya clasificación permite diferenciar de manera binaria o dicotómica entre:

- 1 = aplica intervención temprana.
- 2 = no aplica intervención temprana.

Debido a la normativa legal en relación a las coberturas sanitarias relacionadas con el desempeño de la actividad laboral, son los equipos de psicología de las mutuas de accidentes laborales quienes llevarán a cabo la asistencia psicológica en caso de que una persona trabajadora sea víctima de VOE.

Para poder evaluar la efectividad de la teleterapia, se hará uso de la Escala de Trastorno por Estrés Agudo (Acute Stress Disorder Scale; Bryant, Moulds y Guthrie, 2000). Esta escala auto aplicada, mide la sintomatología relacionada con el TEA, dato que permitirá evaluar la contribución de la teleterapia en la reducción y control de síntomas relacionados con el TEA al realizar la comparativa de resultados entre los obtenidos en el pre-test y el post-test.

Los participantes, deberán cumplimentar la Escala de Trastorno por Estrés Agudo (Acute Stress Disorder Scale; Bryant, Moulds y Guthrie, 2000) el primer día de asistencia psicológica quedado registrada esta primera medición (pre-test).

Una vez los sujetos han finalizado la totalidad de las sesiones de intervención psicológica, deberán cumplimentar de nuevo la Escala de Trastorno por Estrés Agudo (Acute Stress Disorder Scale; Bryant, Moulds y Guthrie, 2000) quedando registrada esta segunda medición (post-test).

Finalmente, pasados 6 meses desde el suceso traumático, los sujetos que obtuvieron un punto de corte >56 en el pre-test, deberán mantener una entrevista con el terapeuta permitiendo realizar una medición final, a través de la administración de la escala CAPS-DX para el TEPT.

La finalidad es poder conocer si finalmente, estos sujetos acabaron desarrollando un TEPT, tal y como predecía el instrumento psicométrico, permitiendo obtener datos que nos afirmen o no la consecución de uno de los objetivos generales planteados.

2.3. Procedimiento

2.3.1. Primera Etapa: Búsqueda de entidades colaboradoras.

Se presenta la propuesta de intervención a la Agrupación de Mutuas de Accidentes laborales (AMAT), por tratarse de la entidad que agrupa a la totalidad de las mutuas de accidentes laborales a nivel estatal, con la finalidad de realizar difusión entre las mismas y poder contactar con aquellas que deseen participar, siendo a través de su colaboración, lo que permitirá poder acceder a la muestra.

Conocedores de las mutuas de accidentes laborales que tienen la voluntad de participar en el proyecto, se contacta con los equipos de psicología de estas y se les facilita un dossier donde se establecen las directrices para su participación.

Contenido del dossier

Se establece una temporalidad de 6 a 12 meses para llevar a cabo la propuesta de intervención dependiendo del número de mutuas de accidentes laborales participantes a través de las cuales nos permitan poder acceder a la muestra.

En lo relativo a la muestra de sujetos, los equipos de psicología deberán tener en cuenta los criterios de inclusión y exclusión para su elección. Con la finalidad de controlar el número de participantes, pues los sujetos procederán de distintas entidades, se establece la necesidad de comunicar los datos de los participantes, tabla 2, a la persona coordinadora, la cual será la encargada de llevar el control y gestión de la muestra.

Los y las profesionales de la psicología que lleven a cabo la intervención psicológica deberán disponer de la acreditación como clínico EMDR. En el caso de no disponer de dicha acreditación, el caso se deberá derivar a otro miembro del equipo de psicología, gestión que realizará la persona coordinadora encargada del registro de participantes.

2.3.2. Segunda Etapa: Formación a los equipos de intervención.

En relación a los aspectos éticos, legales y deontológicos del psicólogo online cuando se hace uso de la teleterapia, se facilitará información y formación a los equipos de psicología con el fin de que puedan dar traslado de estos aspectos a los sujetos susceptibles de participación. El contenido abarca aspectos en relación a la confidencialidad y protección de datos, privacidad y transparencia (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2018).

Puesto que la intervención psicológica se llevará a cabo haciendo uso de la terapia EMDR, tan solo aquellos miembros de los equipos de psicología de las mutuas de accidentes laborales que posean formación específica en EMDR podrán participar en la propuesta de intervención. Se establece la posibilidad de derivar los casos entre estas organizaciones por tratarse de entidades colaboradoras de la Seguridad Social, colaboración que ya se establece en la asistencia sanitaria de accidentes laborales procedentes de otra etiología, tal y como establece el RD 1630 de 2011.

2.3.3. Tercera Etapa: Detección de casos y registro de datos.

Los equipos de psicología de las mutuas de accidentes laborales colaboradoras, tras la detección de un caso susceptible de participar en el proyecto y realizando la comprobación de que cumple los criterios establecidos para considerarse sujeto de la muestra, deben comunicar la posibilidad de participar en la propuesta de intervención facilitando la información referenciada en la segunda etapa en relación a aspectos éticos, legales y protección de datos.

Para ayudarle en la toma de decisión, se deberá informar de las características del proceso terapéutico y del servicio de terapia online, requerimientos técnicos y de ubicación física para llevar a cabo el tratamiento, así como solicitar por

escrito el consentimiento informado ajustado en los requerimientos propios de la intervención psicológica a través del uso de la teleterapia.

Aquellos sujetos que estén de acuerdo en participar deberán confirmar que disponen de dispositivos para poder llevar a cabo la intervención psicológica haciendo uso de la teleterapia y comprometerse, durante el desarrollo de las sesiones, a ubicarse físicamente en un lugar adecuado con la finalidad de asegurar que pueden llevarse a cabo de manera satisfactoria.

Se les solicitará que faciliten datos de contacto según las siguientes preferencias:

- Telefónico: Teleterapia a través de la realización de una videollamada al dispositivo móvil del paciente.
- Correo electrónico: Teleterapia a través del envío de un enlace para ejecutar videollamada a través de dispositivos como teléfono, ordenador o tablet.

El contacto facilitado por el participante se registrará en el documento compartido donde consta la tabla de registro de participantes con el siguiente formato:

Tabla 2. Registro de participantes.

Participante	Preferencia	Datos de contacto
XXXX-L/VOE1	Telefónico	nnn.nnn.nnn
XXXX-L/VOE2	Correo Electrónico	@correoelectrónico
XXXX-L/VOE3		
...		
...		
...		
XXXX-L/VOE50		

Nota: Datos relativos a los sujetos de la muestra.

Fuente: elaboración propia.

La primera columna irá cumplimentada con el siguiente formato de registro:

NNN-L/VOEX

Donde:

- N son los últimos 3 números del DNI del sujeto.
- L es la letra del DNI del sujeto.
- VOE es el acrónimo de Violencia Ocupacional Externa.
- X número de sujeto de la muestra.

De este modo, se registra de manera confidencial al sujeto para la intervención psicológica, asegurando que todos los casos tratados se derivan de VOE y su numeración correlativa permita conocer el número de sujeto que ocupa respecto al total de la muestra. La persona coordinadora del control y gestión de la muestra, se encargará de la incorporación de los sujetos derivados de los distintos centros colaboradores hasta un máximo de 384 sujetos, parámetro establecidos como total de la muestra. Se acompaña el código de participantes con la preferencia de contacto, así como el dato para poder generar la citación a las sesiones.

Un segundo documento, tabla 3, permite registrar las puntuaciones obtenidas en la Escala de Trastorno por Estrés Agudo (Acute Stress Disorder Scale; Bryant, Moulds y Guthrie, 2000) en el pre-test y post-test.

Para aquellos sujetos que en el pre-test hayan obtenido una puntuación > 56, en la casilla punto de corte >56 se deberá registrar la fecha de realización de la medición final, es decir, día del suceso más 6 meses.

En la casilla CAPS-DX se debe registrar el resultado de la Escala CAPS-DX para el TEPT, con la finalidad de conocer si finalmente el sujeto acaba desarrollando el trastorno tal y como predecía la Escala de Trastorno por Estrés Agudo.

Tabla 3. Registro medidas Escala de Trastorno por Estrés Agudo.

Participante	pre-test TEA	post-test TEA	Punto corte > 56	CAPS-DX
XXXX-L/VOE1				
XXXX-L/VOE2				
XXXX-L/VOE3				
...				
...				
...				
XXXX-L/VOE50				

Nota: Resultados obtenidos por los sujetos de la muestra.

Fuente: elaboración propia.

2.3.4. Cuarta Etapa: Intervención psicológica: teleterapia.

Se inicia la intervención psicológica atendiendo a la preferencia del participante en cuanto al modo de contacto indicado.

La propuesta de programación consiste en llevar a cabo la intervención psicológica durante 7 sesiones de terapia EMDR, de 60 minutos de duración, repartidas en un total de entre 28 y 30 días, es decir, si la persona es asistida el primer día del suceso, habrá un periodo completo de 30 días para llevar a cabo la intervención psicológica. Si es asistida el segundo día, habrá un periodo de 29 días y si lo comunica el tercer día (último día para entrar como sujeto de la muestra), se dispone de un total de 28 días para llevar a cabo la intervención.

Preparación: Cheque técnico.

Con el fin de crear un entorno terapéutico, en relación a la imagen, la cámara deberá situarse a la altura del terapeuta y antes de cada sesión o en su inicio, se deberá comprobar que la imagen está debidamente encuadrada y sea de tal amplitud que posibilite visualizar cara, torso y extremidades superiores del terapeuta.

Se darán las directrices al participante con el fin de que la imagen se ajuste en la mayor de las medidas a las anteriormente mencionadas, con el fin de poder mantener un correcto espacio terapéutico entre ambas partes.

Se deberá verifica el audio de los dispositivos electrónicos utilizados para comprobar y ajustar la calidad del sonido para el buen entendimiento entre terapeuta y participante.

Diseño del tratamiento con EMDR.

Haciendo uso del protocolo estándar de EMDR, se recoge el protocolo de actuación según Shapiro (2001, 2008 y 2009, citado en Hensley, 2010) y el diseño de intervención psicológica según Lago y Larraz (2012):

La terapia EMDR consta de un protocolo que se compone de 8 fases. A continuación, tabla 4, se presenta la descripción de la Dra. Shapiro donde se recoge una breve descripción de los fines y objetivos de cada una de las fases (Shapiro, 2001, 2008 y 2009, citado en Hensley, 2010).

Tabla 4. Ocho fases de EMDR.

Fase	Descripción de la finalidad	Objetivos
1	Historia del cliente y planificación del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Recogida de datos específica de EMDR a incorporar al historial clínico. - Elaboración del plan de tratamiento apropiado - Evaluación manejo y tolerancia de emociones intensas. - Establecimientos de objetivos.
2	Preparación	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento del marco terapéutico - Niveles apropiados de expectación hacia el cliente. - Preparación del cliente para el procesamiento del objetivo perturbador. - Elección de tipo de estimulación a utilizar: ocular o auditiva. - Acuerdo de señal de parada no verbal para el control de incremento de emociones. - Identificación de lugar seguro (real o imaginario).
3	Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Medición y amplificación de objetivos. - Orden de los componentes EMDR: imagen, cogniciones negativas (CN), cogniciones positivas (CP), escala de validez de la cognición (VC), emociones, Unidades Subjetivas de Perturbación (USP) y sensaciones corporales. - Identificación componentes diana (imagen más representativa del suceso traumático) y cognición negativa (CN) asociada. - Registro de cognición positiva (CP) que reemplace la CN.

		<ul style="list-style-type: none"> - Registro de la validez de cognición (VC, de 1 a 7). - Registro de las unidades subjetivas de perturbación (USP, de 0 a 10) medida en base a la reacción del participante
4	Desensibilización	<ul style="list-style-type: none"> - Desensibilización y reprocesamiento de objetivos seleccionados y canales de asociación vinculados. - Objetivo a alcanzar: USP = 0
5	Instalación	<ul style="list-style-type: none"> - Vinculación de la CP con la imagen original. - Comprobación de la validez de la CP
6	Chequeo de las sensaciones corporales (Body Scan)	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobación de molestias corporales: BodyScan - Procesamiento de elementos residuales asociados al recuerdo traumático.
7	Cierre	<ul style="list-style-type: none"> - Finalización de sesión: completa o incompleta. - <i>Debriefing</i>
8	Reevaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Reevaluación de la situación tras una sesión EMDR anterior.

Fuente: elaboración propia en base en datos de Hensley (2010) y Lago y Larraz (2012).

2.3.4.1. Sesión 1: Realización dentro de las primeras 24h tras la comunicación del suceso.

Fase 1. Historia del cliente y planificación del tratamiento.

Se realiza la recogida de datos específica de EMDR y se incorpora a la evaluación psicológica llevada a cabo con el fin de conocer el alcance del impacto psicológico tras el suceso.

Se debe evaluar la capacidad del participante en el manejo y tolerancia de emociones intensas. De no poder gestionar tal situación, debería abandonar su participación por tratarse de una contraindicación en la terapia EMDR.

Se deberá reemplazar a este participante por otro sujeto con la finalidad de mantener el número de la muestra establecido en el diseño.

Se elabora el plan de tratamiento apropiado y se establecen los objetivos específicos del sujeto.

Fase 2. Preparación y evaluación psicométrica.

Se explica el procedimiento que se seguirá, así como los tipos de estimulación a utilizar: ocular o auditiva.

Se procede a definir el lugar seguro, pudiendo ser un espacio real o imaginario, así como una señal de parada no verbal, aspectos elegidos por el participante con el objetivo de poder incrementar la capacidad en el control de emociones y sensaciones.

Se comunican advertencias en relación a aspectos que pueden surgir tras el tratamiento:

- Sensaciones de alta intensidad durante y entre sesiones.
- Modificación de recuerdos.
- Efectos secundarios: náuseas, vómitos, dolor de cabeza y sensación de flotabilidad.
- Disminución de la atención.
- Cansancio post-sesiones.
- Aparición de recuerdos nuevos intersesiones. Se dan indicaciones sobre la necesidad de registrar los mismos como posible diana a trabajar.

Instrumento de evaluación psicométrica:

Se procede a medir los síntomas de estrés con la Escala de Trastorno por Estrés Agudo (Acute Stress Disorder Scale; Bryant, Moulds y Guthrie, 2000). Una vez obtenida la puntuación, en el documento compartido se debe registrar en la fila del registro de participantes el resultado en la columna “pre-test”.

Si supera el punto de corte >56, se debe registrar el día de realización del segundo post-test transcurridos 6 meses a partir del día actual en la columna “punto de corte >56”.

2.3.4.2. Sesión 2: Día de primera asistencia + 5 días.

Fase 3. Presentación del acontecimiento o recuerdo perturbador.

En función de la elección llevada a cabo por el participante, en relación a la preferencia por la realización de los sets de estimulación bilateral, se le explica la metodología en su uso.

- Estimulación ocular: El terapeuta coloca sus dedos índice y corazón de manera que puedan ser claramente visualizados a través del dispositivo electrónico. Realizará movimientos laterales y oblicuos en sets (tandas) siguiendo un ritmo de 2 movimientos por segundo de manera aproximada.
- Estimulación auditiva: Se ejecuta un audio que emite una alternancia de silencios y tonos en cada uno de los oídos. Será imprescindible el uso de auriculares para poder llevar a cabo la estimulación.

Identificación componente diana:

Se inicia la sesión con el recuerdo de la imagen que representa, en ese momento, de manera más significativa el suceso traumático.

Se le solicita al participante que manifieste la CN asociada y se mide el nivel de malestar expresado en USP.

Para la CP, se puntúa la VOC con el fin de conocer la credibilidad que le otorga en esos momentos.

Se recuerda el uso de la señal no verbal de parada para el autocontrol de la situación y la visualización del lugar seguro como espacio para volver a conectar con la calma.

Pase a la siguiente fase.

Fase 4. Desensibilización.

Fase centrada en las emociones y sensaciones de angustia, estas se evalúan mediante la escala USP.

Haciendo uso de sets de BLS, se abarcan las respuestas, recuerdos, asociaciones que se van desprendiendo del avance de la sesión y se atiende a las modificaciones y a las soluciones de los aspectos perturbadores. El objetivo es desensibilizar estos aspectos para conseguir un nivel de USP de 0 en el mejor de los casos o de 1 o 2 si el terapeuta lo cree apropiado.

Pase a la siguiente fase.

Fase 5. Instalación.

Fase considerada breve. La finalidad de esta fase es anclar la cognición positiva, reemplazando de este modo la cognición negativa que inicialmente se asociaba al recuerdo perturbador. Se trabaja hasta alcanzar en la escala VC un 6 o 7.

Pase a la siguiente fase.

Fase 6. Examen corporal.

Puesto que la información disfuncional se experimenta en el cuerpo, se valora las molestias que el participante presenta. Si no presenta molestia, se realizan tandas cortas de estimulación, en el caso de que sí las presente, las tandas se prolongan hasta alcanzar un nivel USP= 0. Una vez alcanzado, se debe finalizar con el lugar seguro, dando como resultado el procesamiento definitivo del recuerdo.

Pase a la siguiente fase.

Fase 7. Cierre: supervisión de la experiencia.

Se trabaja para llevar al participante al equilibrio emocional.

Si la sesión se considera completada se solicita al participante que, entre sesiones, se registren sueños, recuerdos, sensaciones o emociones con el fin de utilizarlos como nuevo componente diana para las siguientes sesiones.

Si la sesión está incompleta, se debe valorar la necesidad de aplicar técnicas complementarias: reducción de ansiedad a través de relajación muscular, imaginación guiada, entre otras, indicando de igual modo la necesidad de registrar aquellas sensaciones, recuerdos, sueños o emociones que puedan ser susceptibles de componer una siguiente diana.

Pase a la siguiente fase.

2.3.4.3. Sesión 3: Día Segunda Sesión + 5 días

Fase 8. Reevaluación.

Se lleva a cabo una reevaluación de la situación trabajada en la sesión anterior. Se debe comprobar antes de iniciar una nueva sesión, si los efectos que se lograron en la anterior se mantienen o si hay aspectos pendiente de procesamiento.

Una vez se detecta la situación actual, de nuevo se inicia el procedimiento de llevar a cabo la implementación de la Fase 3 a la Fase 7, enfocada al componente diana de la sesión anterior si se detecta que no está debidamente cerrada o iniciando el trabajo con un nuevo componente diana.

Este patrón de actuación se repite para las siguientes sesiones:

2.3.4.4. Sesiones 4 – 6: Día anterior Sesión + 5 días.

- **Sesión 4:** Día Tercera Sesión + 5 días.
- **Sesión 5:** Día Cuarta Sesión + 5 días.
- **Sesión 6:** Día Quinta Sesión + 5 días.

2.3.5. Quinta Etapa: Fin de la intervención.

Al alcanzar la última sesión, la persona que coordina la participación de los sujetos debe facilitar al terapeuta el resultado del pre-test del participante con la finalidad de conocer el enfoque de la última sesión de intervención psicológica atendiendo al punto de corte mayor o menor a 56, tabla 3..

En los casos donde el participante obtuvo un punto de corte >56, la persona coordinadora deberá facilitar la fecha de realización del segundo post-test pasados 6 meses desde el día en que se realizó el pre-test con la finalidad de que el terapeuta pueda citar al participante transcurrido este periodo de tiempo.

2.3.5.1. Sesión 7: Día Sexta Sesión + 5 días.

Con independencia de la puntuación obtenida en el pre-test, en esta última sesión, a todos los participantes se les llevará a cabo una nueva medición de los síntomas de estrés con la Escala de Trastorno por Estrés Agudo (Acute Stress Disorder Scale; Bryant, Moulds y Guthrie, 2000) dando traslado del resultado a la persona coordinadora para su registro en la columna “post-test”, tabla 3, y posterior análisis de datos.

Se llevará a cabo la sesión de devolución al participante tras finalizar el tratamiento dando traslado de los resultados obtenidos en relación a los objetivos específicos inicialmente establecidos.

Finalizadas las sesiones diseñadas dentro el marco temporal de la duración del TEA (máximo 30 días), se deberá valorar la situación psicopatológica actual del participante y determinar la necesidad de continuar con el tratamiento establecido o posibles nuevos abordajes terapéuticos si fuesen necesarios fuera del ámbito de la propuesta de intervención.

Se dará traslado de agradecimiento por su colaboración en la propuesta de intervención.

En concreto, para aquellos participantes que en el pre-test obtuvieron un punto de corte > 56, se le emplazará a una sesión extraordinaria atendiendo a la fecha registrada, tabla 3, en su perfil de participante. Se realizará una tercera medición haciendo uso de la Escala CAPS-DX con la finalidad de registrar en la columna CAPS-DX, tabla 3, el resultado de esta y posterior análisis de datos.

2.3.6. Sexta Etapa: Análisis de datos.

Se accederá al documento de registro de datos que contiene los resultados de las evaluaciones psicométricas realizadas a lo largo de la intervención llevada a cabo, con la finalidad de analizar los datos recogidos en la tabla 3.

Se compararán los datos obtenidos tras finalizar el tratamiento, donde el uso del análisis estadístico permitirá comprobar si se han podido alcanzar los objetivos planteados y se redactarán las conclusiones pertinentes.

2.3.7. Séptima Etapa: Elaboración de informe y difusión.

Una vez analizados los datos, se confeccionará un informe donde se expondrán los resultados alcanzados y se hará difusión entre la totalidad de las mutuas de accidentes laboral, participantes y no participantes en la propuesta, con la finalidad de dar visibilidad del trabajo llevado a cabo en relación a su ámbito de actuación, así como realizar su difusión en la comunidad científica, congresos y revistas de interés, invitando a la apertura de nuevas líneas de investigación.

2.4. Participantes

Revisada la afiliación a cierre del primer trimestre 2023, la Tesorería General de la Seguridad Social registra un total de 20.148.628 personas afiliadas (Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, 2023a), por lo que la totalidad de estas personas afiliadas pueden ser susceptibles de recibir asistencia sanitaria tras un caso de VOE.

A través de la propuesta del presente trabajo, se pretende asegurar el acceso a la atención psicológica que de estos casos pudiese precisarse para la totalidad de la población activa, con independencia del lugar de residencia de las personas que requieren asistencia psicológica, de la proximidad o no de un centro sanitario donde llevarla a cabo o de si la persona trabajadora dispone de alguna limitación para acudir a recibir atención psicológica de forma presencial.

A las entidades que tutelan los casos de VOE, las mutua de accidentes laborales, se les solicitará colaboración en la selección de los participantes atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión que se detallan en el apartado correspondiente y que vendrá determinada por la voluntariedad en la participación por parte de las personas trabajadoras víctimas de VOE, así como por la disponibilidad y accesibilidad a la muestra (Battaglia, 2008a, citado en Hernández *et al.*, 2014), es decir, la conformarán los casos disponibles a los que podamos tener acceso gracias a la mencionada colaboración.

Para el cálculo de la muestra, figura 2, se aplica la formula relativa al cálculo del tamaño para un población finita:

Figura 2.

Cálculo del tamaño de la muestra: población finita.

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{(N - 1) \cdot e^2 + Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}$$

Nota: Para población finita y conocimiento del tamaño con certeza.

Fuente: Reinoso (2009).

Leyenda:

n = Tamaño de la muestra.

N = Tamaño de la Población.

Z = Parámetro estadístico que depende del nivel de confianza.

e = Error de estimación máximo aceptado.

p = Probabilidad de que ocurra el evento.

q = (1 - p) Probabilidad de que no ocurra el evento.

Donde *N* se cuantifica en un total de 3.630.703 personas, según información a continuación detallada, un valor de *e* = 0.05 y un nivel de confianza del 95%,

siendo $Z = 1.96$, valores con los que habitualmente se trabaja (Reinoso, 2009), y una $p = q = 0.5$ pues no hay presencia de estudios antecedentes.

Como resultado, la muestra debe contar con un total de $n = 384$ participantes para poder llevar a cabo el diseño de intervención planteado.

Haciendo uso de un tipo de muestreo por conglomerado, la muestra se conforma con los casos detectados en colaboración con los equipos de psicólogos de las mutuas de accidentes laborales que se ubican en la Comunidad Autónoma de Catalunya. La población protegida en esta comunidad autónoma es de 3.630.703 personas (Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, 2023a), las cuales son susceptibles de sufrir VOE.

Este enfoque asegura el acceso a un número suficiente de participantes que se ajusten a los criterios de inclusión y exclusión a continuación definidos.

En particular, se seleccionan los centros asistenciales de las ciudades capitales de provincia de Barcelona, Tarragona, Lleida y Girona de las siguientes mutuas de accidentes laborales:

- Asepeyo
- Mutua Universal
- FREMAP
- MC Mutual
- Mutua Intercomarcal

De cada una de las 5 entidades, haciendo uso de un muestreo aleatorio simple, se seleccionan un total de 77 personas. De esta manera, la muestra estará compuesta por sujetos que permitan representar la totalidad de la Comunidad Autónoma de Catalunya.

Se establecen como **criterios de inclusión** para los participantes el cumplimiento de:

- Ser víctima de VOE
- Presentar sintomatología compatible con TEA.
- Firma del consentimiento informado dentro de las primeras 72h del suceso.

Se consideran **criterios de exclusión** para personas participantes los siguientes:

- Que siendo víctimas de VOE, no presentan sintomatología compatible con TEA.
- Que no hayan firmado el consentimiento informado dentro de las primeras 72h.
- Incapacidad para manejar y tolerar emociones intensas por tratarse de un criterio de exclusión preventivo para la aplicación de terapia EMDR (Lago y Larraz, 2012).

- Que se encuentre en tratamiento farmacológico con benzodiazepinas ya que puede interferir en la consecución de los objetivos mediante la terapia EMDR (Lago y Larras, 2012).
- Que se encuentre en tratamiento psicológico por otro trastorno o condición psicológica.

La composición de la muestra se ha establecido en base a la comunicación por parte de la persona trabajadora del suceso dentro de las primeras 72 horas del suceso asegurando de este modo poder llevar a cabo una intervención de manera temprana.

La justificación de la inclusión de este criterio es que la terapia EMDR está guiada por el SPIA, modelo que tiene como aspecto clave que los sucesos estresantes en sus inicios están conceptualizados como una experiencia fragmentada, no consolidada aún, por lo que, al no haber sido completamente procesados e integrados en las redes de memoria, estos se almacén de manera disfuncional (Ostacoli et al., 2018).

Derivado de esta conceptualización, la intervención de forma temprana es de especial relevancia en el EMDR para la obtención de resultados eficaces en los primeros momentos tras el suceso traumático (Sandoval, 2017).

2.5. Instrumentos

2.5.1. Escala de Trastorno por Estrés Agudo.

En relación a las propiedades psicométricas de la Escala de Trastorno por Estrés Agudo (Acute Stress Disorder Scale; Bryant, Moulds y Guthrie, 2000), los propios autores llevaron a cabo distintos análisis en relación a la confiabilidad y validez del instrumento, con la colaboración de 6 expertos en trastornos relacionados con el trauma, en su análisis (Durón *et al.*, 2018).

La Escala de Trastorno por Estrés Agudo (Acute Stress Disorder Scale; Bryant, Moulds y Guthrie, 2000), según Durón *et al.* (2018) se trata de un inventario formado por 19 reactivos los cuales pueden clasificarse en una escala Likert que comprenden los valores desde el 1 (no, en absoluto) a 5 (bastante), que se desarrollaron en base a la sintomatología descrita en DSM-IV (American Psychiatric Association, 2014), la cual se divide en cuatro subescalas:

- Síntomas disociativos, donde se incluyen 5 reactivos.
- Síntomas de reexperimentación, donde se incluyen 4 reactivos.
- Síntomas de evitación, donde se incluyen 4 reactivos.
- Síntomas de activación, donde se incluyen 6 reactivos.

La escala dispone de un punto de corte >56 que sirve como fuerte predictor en cuanto al desarrollo de TEPT 6 meses posteriores al suceso (Durón et al., 2018).

El diagnóstico de TEA, según criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2014), requiere de la presencia de al menos, un síntoma para la

reexperimentación, uno para la evitación y uno para la excitación, así como la presencia de tres síntomas para la disociación.

Según Shevlin *et al.* (2014), las puntuaciones de los ítems individuales se pueden recodificar de manera la siguiente manera:

- Ausencia de síntoma (puntuación $\leq 3 = 0$)
- Presencia de síntoma (puntuación $\geq 4 = 1$)

Dando como resultado una puntuación total de síntomas sumada para disociación (puntuaciones entre 0-5 por sus 5 reactivos), reexperimentación (puntuación entre 0-4 por sus 4 reactivos), evitación (puntuaciones entre 0-4 por sus 4 reactivos) y excitación (puntuaciones entre 0-6 por sus 6 reactivos).

2.5.2. Escala CAPS-DX.

Según Bobes *et al.* (2000), la entrevista CAPS-DX de Blake *et al.* (1998, citado en Crespo y Gómez, 2012), se trata de una escala que debe administrarse por parte de un clínico haciendo uso de la entrevista, la cual permite llevar a cabo la evaluación de la frecuencia y gravedad de la sintomatología relacionada con el TEPT.

Se compone de 30 ítems, de los cuales 22 cuantifican la intensidad y frecuencia de síntomas agrupados en categorías en función de los criterios establecidos en el DSM-4 (American Psychiatric Association, 2014) para el TEPT. Otros 3 ítems se relacionan con la validez de las respuestas, cambios en síntomas desde valoraciones anteriores o durante 6 meses últimos, así como la gravedad de la sintomatología. Los 5 ítems restantes se encargan de cuantificar la frecuencia e intensidad de cinco características que se relacionan con el TEPT (Bobes *et al.*, 2000).

En relación a las escalas de puntuación, los ítems 1-17, 20-22 y 26-30 se contestan en una escala de frecuencia e intensidad, generando dos puntuaciones para cada subescala. Para los ítems 18 y 19, se contestan de manera dicotómica y los ítems 23-24 se evalúan a través de una escala de 0 a 4.

Los ítems se agrupan en subescalas siendo coincidentes con los criterios recogidos en el DSM-4 (American Psychiatric Association, 2014), donde los ítems 1-5 incluyen el criterio B, los ítems 6-12 incluyen el criterio C, los ítems 13-17 incluyen el criterio D, los ítems 20-22 incluyen el criterio F y los ítems 26-30 incluyen características asociadas (Bobes *et al.*, 2000).

Para cuantificar la frecuencia y gravedad del TEPT, se obtienen de dos puntuaciones totales resultantes de la suma de los ítems 1-17 con un rangos de 0 a 68 puntos.

2.6. Análisis planteados

El análisis de datos que se propone si se implementase la intervención, se basaría en un análisis estadístico descriptivo bivariado el cual está enfocado en la relación entre dos variables, permitiéndonos conocer la asociación entre la teleterapia y la sintomatología del TEA.

En relación a la medida de los síntomas de estrés, se llevaría a cabo a través de una escala de medición de variable cuantitativa discreta.

Asumiendo una distribución normal, se realizaría una medición de la sintomatología del TEA el primer día que se interviene con el participante (pre-test) y una medición posterior (post-test) al finalizar la intervención psicológica, es por esto que se selecciona para evaluar la intervención una prueba estadística paramétrica, como la prueba t, utilizada en la comparación de resultados obtenido en el pre-test y el post-test en un contexto experimental para muestras relacionadas de un solo grupo, comparando las medias y las varianzas de dicho grupo en dos momentos distintos (Hernández *et al.*, 2014).

La prueba t de Student para muestras relacionadas, permite evaluar si dos grupos difieren de manera significativa, comparando las medias de los dos conjuntos de datos relacionados entre sí. Esto nos permite determinar si la diferencia media es significativamente distinta del valor cero (Flores *et al.*, 2017).

Contraste de hipótesis:

Hipótesis Nula (H0) = Los grupos no difieren significativamente.

Hipótesis Investigación (Hi) = Los grupos difieren significativamente.

Establecido el nivel de significancia del 5% (valor de $p \leq 0.05$), por tratarse de uno de los valores más comunes según Hernández *et al.* (2014), servirá como criterio para rechazar H0 y afirmar que existe una diferencia significativa.

Por lo tanto, si el valor de p asociado a la t de Student, es menor que el nivel de significancia que hemos establecido ($p < 0.05$), se puede concluir que existe suficiente evidencia estadística para poder rechazar la H0 y afirmar la Hi.

Si para el análisis de datos, se evita la suposición de normalidad y se asume que las mediciones no siguen una distribución normal, se puede usar la prueba de Wilcoxon pues se trata de una alternativa no paramétrica a la t de Student para muestras relacionadas, a través de la cual se realizaría una comparación de las diferencias entre mediciones pre-test y post-test para cada uno de los sujetos de la muestra y se clasificaría de menor a mayor los pares de diferencias para posteriormente, calcular la suma de los rangos de los pares de diferencias para aquellos que son positivos y por otro lado, la suma de los negativos.

Si al realizar la comparativa, la suma de los rangos positivos es significativamente mayor que la de los negativos, se puede concluir que la VI =teleterapia tiene un efecto significativo sobre la VD_1 =síntomas de estrés.

Para llevar a cabo el análisis de datos, se accederá a la tabla de puntuaciones donde se recogen los resultados, tabla 3, para cada uno de los sujetos, donde constan las puntuaciones relativas al pre-test, al post-test

A través de los datos registrados, se podrán observar las puntuaciones obtenidas en los distintos puntos de medición y comprobar si el diseño de intervención llevado a cabo confirma los objetivos planteados.

Para aquellos sujetos que hubiesen alcanzado una puntuación inferior en la medida post-test, respecto a la pre-test, podríamos afirmar que la intervención ha alcanzado sus objetivos y que podemos cuantificarlo gracias al instrumento psicométrico seleccionado. Con este resultado, podemos inferir que, tras 6 meses, la persona no habría desarrollado un TEPT ya que la sintomatología de estrés fue en remisión durante el primer tramo de la intervención psicológica.

Si, por el contrario, se observa que la puntuación de la medida en el post-test es igual o superior a la inicial, podríamos afirmar que no se han alcanzado los objetivos planteados y se debería revisar el diseño de la propuesta de intervención con la finalidad de seguir persiguiendo el objetivo de controlar y reducir los síntomas de estrés que se derivan de un suceso de VOE.

En la línea del análisis anterior, con el fin de comprobar la asociación entre la teleterapia y el desarrollo del TEPT, se propone el análisis de datos basado en un análisis estadístico descriptivo bivariado.

Estos han sido obtenidos a través de la medida de síntomas de TEPT a través de una escala de medición de variable cuantitativa discreta, cuyos valores se registran en la columna CAPS-DX, tabla 3.

Haciendo uso de la prueba estadística del coeficiente de correlación de Pearson, se analiza la relación entre los síntomas de TEPT y la teleterapia, sin que ello implique causalidad, ya que hay que tener en cuenta otros factores que pueden influir en el desarrollo del TEPT.

La prueba no considera la teleterapia y los síntomas del TEPT como variables independientes y dependientes ya que esta no evalúa la causalidad entre estas (Hernández *et al.*, 2014).

Hipótesis a probar:

¿Una intervención haciendo uso de la teleterapia se relaciona con el no desarrollo del TEPT?

¿El desarrollo del TEPT no se relaciona con una intervención haciendo uso de la teleterapia?

El cálculo de la correlación de Pearson permite determinar la fuerza y dirección de la relación entre los síntomas del TEPT y la teleterapia, cuyos resultados se

interpretan en función del resultado del coeficiente r de Pearson el cual puede variar de -1.00 a + 1,00 donde el signo indica la dirección de la correlación, positiva o negativa, y el valor numérico, la magnitud de la correlación (Hernández *et al.*, 2014). Se establecen las siguientes correlaciones:

- - 1.00 = Correlación negativa perfecta.
- -0.90 = Correlación negativa muy fuerte.
- -0.75 = Correlación negativa considerable.
- -0.50 = Correlación negativa media.
- -0.25 = Correlación negativa débil.
- -0.10 = Correlación negativa muy débil.
- 0.00 = No existe correlación alguna entre las variables.
- +0.10 = Correlación positiva muy débil.
- +0.25 = Correlación positiva débil.
- +0.50 = Correlación positiva media.
- +0.75 = Correlación positiva considerable.
- +0.90 = Correlación positiva muy fuerte.
- +1.00 = Correlación positiva perfecta

Si tras el cálculo de la correlación, el resultado se aproxima a 1, obtenemos una fuerte correlación positiva, lo que se traduce en que la teleterapia tiende a mejorar la sintomatología del TEPT. Si, por el contrario, el resultado se aproxima a -1, la fuerte correlación sería en sentido negativo, por lo que la teleterapia no tiende a mejorar la sintomatología del TEPT.

En el caso de obtener un valor 0, el resultado indicaría que no hay una relación lineal clara entre el uso de la teleterapia y la sintomatología TEPT.

Según Hernández *et al.* (2014), para conocer la significancia del coeficiente, si P es inferior a 0,05, el coeficiente se considera significativo al nivel de 0,05 (para un 95% de confianza de que la correlación es verdadera y con un 5% de probabilidad de error), a pesar de que una correlación menor a 0.30 se considera una significancia débil. Si es menor que 0.01, el coeficiente es significativo al nivel 0,01 (para un 99% de confianza de que la asociación es real y 1% de probabilidad de error).

Puesto que la correlación de Pearson no implica causalidad, se deberían realizar análisis adicionales y considerar posibles variables extrañas con el fin de poder establecer conclusiones definitivas. Sirva el presente trabajo para la nueva apertura de líneas de investigación en este sentido.

3. Discusión

Con la finalidad de conocer la implicación de los resultados en relación a los objetivos planteados, se deben abordar la posibilidad de que la propuesta diseñada nos llevase a confirmarlos. De ser así, quedaría confirmado cómo el uso de la teleterapia permite un control y una disminución de los síntomas de estrés, contribuyendo de este modo a un menor desarrollo de TEPT.

Poder contribuir a dotar a toda la población que precise de asistencia psicológica de un fácil inicio y acceso, pudiéndose anticipar e iniciarla de manera precoz gracias a innovaciones tecnológicas (Piqué, 2013) es altamente esperanzador ya que queda de relieve como parte fundamental de disponer de una buena salud mental pasa por tener acceso a una asistencia psicológica de calidad, paso previo a sentirse cuidado y asistido.

Comprobar que gracias a este rápido acceso en el inicio del abordaje de los síntomas que se desprenden de un acto de violencia, se puede contribuir a evitar el desarrollo de un diagnóstico considerado grave, el desencadenamiento de secuelas psiquiátricas y la cronificación del TEPT (McRally, 2007; Echeburúa, 2007, citado en Calzada, 2012), justifica la apuesta por el desarrollo de los medios necesarios para que el acceso a la intervención psicológica temprana sea una realidad.

De la revisión sistemática sobre la relación terapéutica haciendo uso de la terapia electrónica de Sucala *et al.* (2012), se recogen las inquietudes que este nuevo método terapéutico suscita, ya que la gran mayoría de estos se enfocan en la investigación sobre la alianza terapéutica como elemento central. Los resultados, a pesar de no permitir obtener una conclusión firme, apuntan hacia una equivalencia entre esta y la presencial siendo este aspecto positivo, el convergente por la apuesta del uso de la teleterapia como modalidad para llevar a cabo una intervención temprana. Teniendo en cuenta que mantener una buena alianza terapéutica es imprescindible, ya que ha quedado consistentemente demostrado la capacidad predictiva de éxito en diseños de investigación, poblaciones y modalidades de tratamiento (Ardito y Rabellino, 2011; Flückiger y otros, 2012; Martin y otros, 2000, citado en Eiroá *et al.*, 2016), podríamos inferir que el uso de la teleterapia para el tratamiento de los síntomas de estrés, permite desarrollar los lazos terapéuticos necesarios para poder llevar a cabo una intervención terapéutica, sin poner en riesgo el proceso por el uso de una modalidad terapéutica alternativa a la tradicional.

En la misma línea de estos autores, poder auxiliar a estas personas de manera temprana, converge con la meta que se establece para los primeros auxilios psicológicos como es, frente a la incapacidad de la víctima de enfrentar el suceso, poder realizar un restablecimiento inmediato pues las habilidades de afrontamiento se encuentran en colapso (Osorio, 2017), así como poder centrarse en la activación de los recursos personales y sociales, contribuyendo a paliar el sufrimiento y facilitando los procesos de recuperación naturales (Muñoz *et al.*, 2007).

De lo contrario, si la relación quedase desestimada no pudiendo confirmar el alcance de los objetivos marcados, se debería apostar por la búsqueda alternativa de una modalidad que permitiese el inicio y accesibilidad a una asistencia psicológica temprana en casos de VOE por medios alternativos.

La voluntad de conseguir la consecución de los objetivos se enfoca en la repercusión negativa que esto implicaría para las partes participantes. Las mutuas de accidentes laborales, como entidades colaboradoras de la Seguridad

Social, son gestoras de las prestaciones económicas que de las incapacidades laborales se desprenden. El retraso en el inicio de los tratamientos psicológicos genera un gasto mayor en cuanto a inversión de dinero público derivado de la prolongación de procesos médicos, por lo que es de relevancia evitar su cronificación (McRally, 2007; Echeburúa, 2007, citado en Calzada, 2012).

En relación a las personas trabajadoras y la repercusión en relación al estado emocional tras ser víctima de un suceso de VOE, este genera una serie de perturbaciones emocionales que se relacionan con un malestar clínicamente significativo (Bados, 2017). Contribuir en el apoyo, acompañamiento y tratamiento psicológico desde el inicio del suceso, es imprescindible para poder contribuir a evitar el desarrollo posterior de trastornos psicológicos o la agravación de estos (Echeburúa y Corral, 2007).

A pesar de esta firme apuesta por dotar a la población de acceso psicológico sin barreras arquitectónicas o de otra índole, González-Peña *et al.* (2017), la teleterapia presenta algunos inconvenientes en relación a la detección de problemas en el manejo técnico de esta. Este aspecto toma especial relevancia ya que la propuesta de intervención pretende facilitar el inicio y acceso a la atención psicológica, por ejemplo, en zonas rurales. Estas zonas apartadas pueden no disponer de servicios técnicos de calidad tal y como pasa en ciudades urbanas, situación que puede dar como resultado no permitir el establecimiento de las conexiones necesarias en cuanto a calidad de imagen y transferencia de datos, impidiendo llevar a cabo la intervención psicológica planteada en la propuesta por razones técnicas.

Este aspecto, junto a la dificultad en el uso de la tecnología, la inversión necesaria para que la teleterapia se desarrolle en entornos seguros y de calidad, la actual falta de formación de los y las profesionales, son limitaciones contempladas en la guía del Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid para la intervención en telepsicología (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2018), por lo que es esperanzador que tal institución las tenga contempladas junto a la necesidad de llevar a cabo una mayor investigación confiando en el abordaje de las mismas para buscar alternativas que permitan avanzar en la implantación de la telepsicología.

4. Conclusiones

Llevar a cabo el desarrollo del TFG ha sido una tarea ardua, constante, que ha puesto a prueba mi capacidad para abordar un trabajo que nunca antes había realizado. La incertidumbre inicial en relación a la gestión de plazos de entrega, de la organización de gran cantidad de material bibliográfico, entre muchos otros aspectos, ha supuesto un desafío como estudiante, pero también como persona, pues he debido gestionar aspectos emocionales, en ocasiones, difíciles de lidiar.

El recibir una buena calificación en la primera devolución, me hizo ver el esfuerzo recompensado y me sirvió como indicador de que debía seguir por el camino iniciado. Las modificaciones que debía llevar a cabo se enfocaban principalmente a nivel de organización de la información, sin que hubiese

aspectos relativos a cambios significativos que pudiesen *desmontar* la idea inicial.

Gran parte del éxito del trabajo ha sido poder llevarlo a cabo de manera fluida y se debe a la excelente tutorización del TFG por parte del profesor colaborador. Si bien la metodología del trabajo está correctamente diseñada para poder asumir el trabajo que se nos solicita, considero imprescindible el apoyo del profesor para poder alcanzar los objetivos que se nos han propuesto.

En cuanto a la propuesta de intervención, confío en la potencialidad de la tecnología para poder acercar la asistencia psicológica a todo aquel que lo precise. En un mundo tecnológico donde otras áreas sanitarias, como la medicina, avanzan a pasos agigantados en este sentido, creo que se debe apostar por avanzar del mismo modo en relación a la asistencia psicológica, y en particular, en beneficio de las personas que han sido víctimas de cualquier tipo de violencia.

Del mismo modo que hay equipos de psicología al pie de catástrofes naturales o humanas con el fin de aliviar el sufrimiento humano, se debería velar por poder atender a aquellas personas víctimas de violencia en el puesto de trabajo. Mi posición como trabajadora en una mutua de accidentes laborales, lugar donde he podido realizar las prácticas de psicología, me ha acercado a la realidad de decenas de personas víctimas de acoso laboral, sexual, violencia de distintas procedencias, que se encuentran en situación de incapacidad laboral por verse deteriorada su salud mental.

Si bien soy consciente de las limitaciones que implica el abordaje de la salud mental a través de la teleterapia, tengo el claro convencimiento que, del mismo modo que se apuesta por hacer uso de la tecnología en otras áreas, se debe apostar por definir una correcta y segura metodología para que la asistencia psicológica de calidad sea una realidad.

Poder contribuir a que cualquier persona del territorio nacional pueda ser asistido de manera temprana tras ser víctima de un suceso, independientemente de la comunidad autónoma donde resida o de su lejanía respecto a un centro asistencial, es un hecho altamente necesario para poder ayudar a las personas que sufren en las horas inmediatamente posteriores al suceso pues conectan con emociones que, en ocasiones, no han experimentado antes y no saben cómo gestionarlas.

Poder dotar a estas personas del contacto con una persona profesional de la psicología que se preocupa por lo que le ha sucedido, y que a través de la psicoeducación pueda explicar lo que le sucede, desde la calma, desde la comprensión de la respuesta fisiológica, es la motivación principal para haber desarrollado este trabajo, esperando contribuir a una mayor investigación en el uso de la telepsicología y en la formación de los y las futuras psicólogas sanitarias que tan necesarias son. Sirva el presente trabajo como aportación a la reivindicación, en relación al derecho universal, de recibir asistencia sanitaria en condiciones de igualdad efectiva.

A pesar de una firme apuesta por esta modalidad de intervención, existen limitaciones a nivel tecnológico que limitan el uso de la teleterapia, aspectos legales, económicos relacionado con la inversión que esta requiere, escasa formación actual de las y los profesionales que deberán adaptarse al nuevo entorno online y, el aspecto que considero más determinante para la propuesta de intervención que se ha llevado a cabo en este trabajo, la necesidad de una mayor investigación con el fin de obtener una mayor evidencia empírica, con criterios unificados y homogéneos en relación a los soportes e intervenciones online (Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, 2018), por lo que se espera en un futuro, poder avanzar en la apuesta del uso de la tecnología para llevar a cabo la intervención psicológica de manera eficaz, eficiente y segura.

Una vez redactado el presente trabajo, me gustaría manifestar que mi mayor objetivo al llevar a cabo el presente trabajo es dar visibilidad a los casos de salud mental que se relacionan con la VOE. Cabe destacar que el diagnóstico médico, del mismo modo que la religión, la orientación sexual o política de una persona, es un aspecto especialmente íntimo. Las personas tras ser víctimas de un suceso de esta magnitud pueden no compartir el motivo de su incapacidad, quedando invisibilizado. La asistencia sanitaria de las lesiones físicas que se desprenden de la violencia sexual, violencia física extrema, agresiones físicas con armas de fuego, son atendidas de manera inmediata. Debemos plantearnos el motivo por el cual no se asiste con la misma prontitud el aspecto mental teniendo en cuenta el grave impacto que ello supone en la vida de las víctimas.

Sirva el presente trabajo para la apertura de nuevas vías de investigación en el uso de la telepsicología, del impacto de su uso en los resultados de las terapias que a través de ella se lleven a cabo, así como de la revisión de estas en el caso de ser necesario su ajuste debido al uso de esta nueva modalidad. Sirva para valorar la inclusión de nuevas materias en relación a la formación de los y las profesionales de la psicología, en el ámbito académico y profesional, permitiendo el desarrollo de la profesión con un alto valor añadido, como es que sus conocimientos y voluntad de ayuda a las personas, impacten en nuestra sociedad de manera más amplia.

5. Referencias bibliográficas

Acero, P., Cabas, K., Caycedo, C., Figueroa, P., Patrick, G. y Rudas, M. M. (2020). *Telepsicología: sugerencias para la formación y el desempeño profesional responsable*. Colpsic.

https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/03/Telepsicologia_web.pdf

Al Ali, S., Pihl-Thingvad, J. y Elklit, A. (2021). Does acute stress disorder predict posttraumatic stress disorder following workplace violence? A prospective study of psychiatric staff. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94(3), 359-366.

<https://doi.org/10.1007/s00420-020-01586-7>

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial médica panamericana.

American Psychological Association. (2013). Guidelines for the Practice of Telepsychology. *American Psychological Association*, 68(9), 791-800.

<https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf>

American Psychological Association. (2017). *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*.

<https://www.apa.org/ptsd-guideline#>

Asociación de Mutuas de Accidentes de Trabajo. (2023a, 11 de marzo). Qué son las mutuas.

<https://www.amat.es/que-son-las-mutuas/>

Bados, A. (2015). Trastorno por estrés postraumático. *Universidad de Barcelona*.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=181266>

Bados, A. (2019). Trastorno por estrés agudo y postraumático. *Medicine- Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4918-4928.

<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>

Bados, A. (2017). Trastorno por estrés postraumático: Naturaleza, evaluación y tratamiento. *Universidad de Barcelona*.

<http://hdl.handle.net/2445/115725>

Baloian, I., Chia, E., Cornejo, C. y Paverini, C. (2007). *Intervención psicosocial en situaciones de emergencia y desastres: guía para el primer apoyo psicológico*. ONEMI.

<http://www.cop.es/uploads/PDF/GUIA-INTERVENCION-SITUACIONES-EMERGENCIA.pdf>

- Bermúdez, L., Barrantes, M. y Bonilla, G. (2020). Trastorno por estrés postrauma. *Revista Médica Sinergia*, 5(9),
<https://doi.org/10.31434/rms.v5i9.568>
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., Francois, M., Rico-Villademoros, F., González, M.P., Bascaran, M.T., Bousoño, M. y Grupo Español de Trabajo para el estudio del TEPT. (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(4), 207-218.
https://biadmin.cibersam.es/Intranet/Ficheros/GetFichero.aspx?FileName=VALIDACION_TOP-8.pdf
- Bryant, R.A., Mastrodomenico, J., Felmingham, K.L., Hopwood, S., Kenny, L., Kandris, E., Cahill, C., Creamer, M. (2008). Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 65(6), 659-667.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.6.659>
- Bustos, E., Caputo, M., Aranda, E. y Giménez, M. (2015). Hostigamiento Psicológico Laboral e Institucional en Iberoamérica: Estado del arte y experiencias de intervención. SBEditorial.
https://www.researchgate.net/publication/299853844_Hostigamiento_Psicologico_Laboral_e_Institucional_en_Iberoamerica_Estado_del_arte_y_experiencias_de_intervencion
- Calzada, A., Oliveros, Y.C. y Acosta, Y. (2012). Trastorno por estrés agudo. Presentación de un caso. *Cuadernos de Medicina Forense*, 18(1), 27-31.
<https://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062012000100004>
- Canto, M.M. (2017). Prevalencia, intensidad de los síntomas y factores de riesgo para el trastorno de estrés agudo en mujeres víctimas de una agresión sexual reciente atendidas en urgencias. [Tesis doctoral en psicología clínica y de la Salud, Universidad Autónoma de Barcelona]. Repositorio UAB.
<https://ddd.uab.cat/record/188075>
- Chávez-Igor, L. (2022). Abordaje EMDR para duelo traumático. *Búsqueda*, 9(2).
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8848889>
- Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2018). *Guía para la Intervención Telepsicológica*.
<https://www.copmadrid.org/web/publicaciones/guia-para-la-intervencion-telepsicologica>

Crespo, T., Camarillo, L. y De Diego, H. (2019). Trastorno de estrés agudo y postraumático. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4918-4928.

<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.002>

Crespo, M. y Gómez, M.M. (2012). La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). *Clínica y Salud*, 23(1), 25-41.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742012000100002&lng=es&tlng=es.

Durón, R., Cárdenas, G. y De la Rosa, A. (2018). Estructura Factorial de la Escala de Trastorno por Estrés Agudo en población mexicana. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 10(2), 29-38.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=152894>

Echeburúa, E. y Corral, Paz. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumático: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología conductual*, 15(3), 373-387.

https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/04.Echeburua_15-3oa-1.pdf

Escudero, S., Navarro, R., Reguera, B., Gesteira, C., Morán, N., García-Vera, M.P. y Sanz, J. (2018). Tratamiento Psicológico por Videoconferencia de una Víctima de Terrorismo con Trastorno por Estrés Postraumático y Otros Trastornos Emocionales Comórbidos 30 Años después del Atentado. *Clínica y Salud*, 29(1), 21-26.

<https://dx.doi.org/10.5093/clysa2018a4>

González, F.J., Fernández, M.J., y Nieto, R. (2016). *Formulación y tratamiento psicológico en el siglo XXI*. FUOC.

European Agency for Safety and Health at Work. (2023). Third-Party Violence in the Workplace.

<https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/infographics/third-party-violence-workplace>

Flores, E., Miranda, M.G. y Villasís, M.A. (2017). El protocolo de investigación VI: cómo elegir la prueba estadística adecuada. *Estadística Inferencial. Revista Alergia México*, 64(3), 364–370.

<https://doi.org/10.29262/ram.v64i3.304>

Galaviz-Armenta, T. (2020). Enfoques disciplinarios e interdisciplinarios para el análisis y definición de la violencia. *Ánfora*, 28(50), 161-182.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7808888>

González-Peña, P., Torres, R., Del Barrio, V. y Olmedo, M. (2017). Uso de las nuevas tecnologías por parte de los psicólogos españoles y sus necesidades. *Clínica y Salud*, 28(2), 81-91.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.01.001>.

Gómez, R. y Ashdown, B.K. (2013). Efectividad de Tratamiento EMDR en Personas Guatemaltecas con Síntomas de Trauma Psicológico. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(3), 1264-1270.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8321466>

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M.P. (2014). *Metodología de la investigación* (2.ª d.). McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A.

Hensley, B. (2010). *Manual básico de EMDR*. Desclée de Brouwer.

Infocop. (2021, 21 de abril). *La escasez de psicólogos especialistas en el SNS y las largas listas de espera: un problema en España, según un informe*. Infocoponline.

https://www.infocop.es/view_article.asp?id=17000

Jarero, I. (2013). Comentarios sobre el Trastorno de Estrés Agudo. DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 5(1).

https://www.researchgate.net/profile/Ignacio-Nacho-Jarero/publication/281821320_Comentarios_Sobre_el_Trastorno_por_Estres_Agudo_del_DSM-5/links/55f97eb108ae07629debf764/Comentarios-Sobre-el-Trastorno-por-Estres-Agudo-del-DSM-5.pdf.

Jarero, I. y Artigas, L. (2018). Conceptualización Teórica sobre el Trauma Agudo y el Estrés Traumático Continuado Basada en el Modelo del Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (SPIA). *Iberoamerican Journal of Psychotraumatology and Dissociation. Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 10(1).

https://www.revibapst.com/files/ugd/c70085_200b5d064d1a4afca738a00981252d46.pdf

Lago, E., Larraz, G. (2012). EMDR: Revisión de la técnica y aplicación a un caso clínico. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 104, 5.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4394097>

Martínez, J.A. (2021). Trastornos de estrés agudo: consideraciones a partir de un caso clínico en el ámbito militar. *Ansiedad y estrés*, 27(1), 15-21.

<https://www.ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/2021/anyes2021a3.pdf>

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2023a, 22 de abril). Afiliados último día TOTALES.

<https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/EstadisticasPresupuestosEstudios/Estadisticas/EST8/EST10/EST305/EST306>

Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones. (2023b, 11 de marzo). Asistencia sanitaria.

<https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/FAQ/48581/49207#49209>

Ministerio de la presidencia, relaciones con las cortes y memoria democrática. (2011, 2 de noviembre). Real Decreto 1630/2011. Por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, 281.

<https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/11/14/1630/con>

Ministerio de trabajo y economía social. (2023, 29 de marzo). *Avance Anuario de Estadística 2021. Condiciones de trabajo y relaciones laborales.*

<https://www.mites.gob.es/ficheros/ministerio/estadisticas/anuarios/2021/ATR/ATR.pdf>

Muñoz, M., Ausín, B. y Pérez-Sántos, E. (2007). Primeros auxilios psicológicos: protocolo acércate. *Psicología Conductual*, 15(3), 479-505.

https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/10.Mu%C3%B1oz_15-3oa.pdf

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder. Nice Guideline [NG116].*

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *La OMS publica unas directrices sobre la atención de salud mental tras los eventos traumáticos.* Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/es/news/item/06-08-2013-who-releases-guidance-on-mental-health-care-after-trauma>

Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Manual operativo del mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP).*

<https://doi.org/10.37774/9789275322543>

Osorio, A. (2017). Primeros auxilios psicológicos. *Integración Académica en Psicología*, 5(15), 4-11

[https://www.academia.edu/download/58071929/Primeros Auxilios Psicologicos - AOsorio.pdf](https://www.academia.edu/download/58071929/Primeros_Auxilios_Psicologicos_-_AOsorio.pdf).

Ostacoli, L., Carletto, S., Cavallo, M., Baldomir-Gago, P., Di Lorenzo, G., Fernandez, I., Hase, M., Justo-Alonso A, Lehnung, M., Migliaretti, G., Oliva, F., Pagani, M., Recarey-Eiris, S., Torta, R., Tumani V., Gonzalez-Vazquez, A.I. y Hofmann, A. (2018). Comparison of Eye Movement Desensitization Reprocessing and Cognitive Behavioral Therapy as Adjunctive Treatments for Recurrent Depression: The European Depression EMDR Network (EDEN) Randomized Controlled Trial. *Front. Psychol.* 9(74).

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00074>

Peltonen, K., Kangaslampi, S., Saranpää, J., Qouta, S. y Punamäki, R.L. (2017) Peritraumatic dissociation predicts posttraumatic stress disorder symptoms via dysfunctional trauma-related memory among war-affected children. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(1).

<https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1375828>

Pérez, J. y Nogareda, C. (1998). *NTP 489: Violencia en el lugar de Trabajo*.INSHT.

<https://www.insst.es/documents/94886/191012/NTP+489+Violencia+en+el+lugar+de+trabajo.pdf>

Piqué, J.M. (2013). ¿Dónde está y hacia dónde va nuestro sistema sanitario? *Medicina Clínica*, 140(11), 514-519.

<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2012.10.018>

Sandoval, C. (2017). *Intervenciones tempranas con terapia EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) para la prevención del trastorno de estrés postraumático: una revisión sistemática* [Tesis doctoral, Universidad de Costa Rica]. Repositorio Universidad de Costa Rica.

<http://repo.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/8913>

Shapiro, F. (2014). El Rol de la Terapia EMDR en la Medicina: Tratamiento de los Síntomas Psicológicos y Físicos que Surgen de las Experiencias Vitales Adversas. *The Permanente Journal*,18(1).

<https://emdr-es.org/Content/Documentacion/ART%C3%8DCULOS%20SOBRE%20EMDR/2014/Shapiro-EMDR-y-Medicina-2014.pdf>

Shapiro, E. y Laub, B. (2023, 19 de abril). *Intervención Temprana con EMDR (EEI). Un resumen, un modelo teórico y el Protocolo para Episodio Reciente Traumático (R-TEP)*. Asociación EMDR España.

[https://emdr-es.org/Content/Documentacion/ART%C3%8DCULOS%20SOBRE%20EMDR/2009/Intervention%20Temprana%20con%20EMDR%20\(EEI\)%20Un%20resumen,%20un%20modelo%20te%C3%B3rico%20y%20el%20Protocolo%20para%20Episodio.pdf](https://emdr-es.org/Content/Documentacion/ART%C3%8DCULOS%20SOBRE%20EMDR/2009/Intervention%20Temprana%20con%20EMDR%20(EEI)%20Un%20resumen,%20un%20modelo%20te%C3%B3rico%20y%20el%20Protocolo%20para%20Episodio.pdf)

Shevlin, M., Hyland, P., y Elklit, A. (2014). Different profiles of acute stress disorder differentially predict posttraumatic stress disorder in a large sample of female victims of sexual trauma. *Psychological Assessment*, 26(4), 1155–1161.

<https://doi.org/10.1037/a0037272>

Sucala, M., Schnur, J.B., Constantino, M.J., Miller, S.J., Brackman, E.H., Montgomery, G.H. (2012). The Therapeutic Relationship in E-Therapy for Mental Health: A Systematic Review. *J Med Internet Res*, 14(4).

<https://doi.org/10.2196/jmir.2084>

Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedron, C. Colom, F., Pérez, V. y Amann, B.L. (2017). EMDR beyond PTSD: A Systematic Literature Review. *Front. Psychol*, 8.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01668>

Zorrilla, I. (2018). Tratamiento de la sintomatología traumática con EMDR: diseños de caso único [Tesis Doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia]. Repositorio UNED.

<http://e-spacio.uned.es/fez/view/tesisuned:ED-Pg-PsiSal-Izorrilla>