



Universidad de las Américas

Facultad de Ciencia Sociales

Escuela de Psicología

Estudio descriptivo sobre estrés postraumático secundario en personal de la  
emergencia. Una mirada desde la psicología de la emergencia

María José Arancibia Muñoz

Seminario de grado para optar al grado de Licenciada en Psicología

Profesor Guía

Mg. Ps. Hugo Plaza Villarroel

Viña del Mar, Valparaíso

2018

## **Resumen**

La presente investigación es un estudio descriptivo del trastorno de estrés postraumático en personal de primera emergencia (bomberos, carabineros y centro salud familiar (CESFAM)) en las comunas de Panquehue, San Felipe y Valparaíso. Esta investigación implementó tres instrumentos para medir sintomatología asociada a TEPT, dos validados en Chile y uno sin validación utilizado en España. Se buscó presentar otra rama de la psicología, relacionada a la emergencia. A partir de los diferentes modelos explicativos, se intenta dar interpretación a los resultados y con ello, entregar una propuesta de trabajo para detectar TEPT y con ello, reducir los riesgos psicosociales en personal de primera emergencia.

Palabras claves: TEPT, riesgos psicosociales, personal de emergencia, emergencia, psicología de la emergencia, experiencia traumática.

## Índice

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Resumen .....</b>                                                               | <b>2</b>  |
| <b>Índice .....</b>                                                                | <b>3</b>  |
| <b>Introducción .....</b>                                                          | <b>5</b>  |
| <b>Problema de Investigación.....</b>                                              | <b>6</b>  |
| <b>Planteamiento del problema.....</b>                                             | <b>6</b>  |
| <b>Marco Teórico .....</b>                                                         | <b>9</b>  |
| <b>Experiencia traumática .....</b>                                                | <b>10</b> |
| <b>Trastorno de estrés postraumático (TEPT).....</b>                               | <b>11</b> |
| <b>Trastorno de Estrés Postraumático en Personal de Emergencia y Rescate .....</b> | <b>12</b> |
| <b>Psicología de la Emergencia.....</b>                                            | <b>13</b> |
| <b>Modelos que explican la naturaleza de Estrés Traumático Secundario .....</b>    | <b>14</b> |
| <i>Modelo fatiga por compasión de Charles Figley .....</i>                         | <i>15</i> |
| <i>Modelo teórico explicativo de TEPT por Dutton &amp; Rubinstein .....</i>        | <i>16</i> |
| <i>Modelo del procesamiento emocional de Foa y Kosaks .....</i>                    | <i>16</i> |
| <i>Modelo cognitivo de Ehlers y Clark.....</i>                                     | <i>16</i> |
| <i>Modelo cognitiva social de Resick .....</i>                                     | <i>17</i> |
| <b>Riesgos psicosociales en el trabajo .....</b>                                   | <b>17</b> |
| <b>Objetivos .....</b>                                                             | <b>18</b> |
| <b>Objetivo general.....</b>                                                       | <b>18</b> |
| <i>Objetivos Específicos .....</i>                                                 | <i>18</i> |
| <b>Metodología.....</b>                                                            | <b>18</b> |
| <b>Tipo y diseño de investigación.....</b>                                         | <b>18</b> |
| <b>Población participante y muestra .....</b>                                      | <b>19</b> |
| <b>Variables .....</b>                                                             | <b>19</b> |

|                                           |           |
|-------------------------------------------|-----------|
| <b>Instrumentos.....</b>                  | <b>19</b> |
| <b>Procedimiento .....</b>                | <b>21</b> |
| <i>Contacto de los sujetos.....</i>       | <i>21</i> |
| <i>Administración de las pruebas.....</i> | <i>21</i> |
| <i>Aspectos éticos.....</i>               | <i>22</i> |
| <i>Fase de cierre.....</i>                | <i>22</i> |
| <b>Plan de análisis.....</b>              | <b>23</b> |
| <b>Resultados .....</b>                   | <b>23</b> |
| <b>Discusión de resultados.....</b>       | <b>26</b> |
| <b>Conclusiones .....</b>                 | <b>27</b> |
| <b>Referencias .....</b>                  | <b>31</b> |
| <b>Anexos.....</b>                        | <b>34</b> |

## Introducción

Los desastres y las catástrofes son la máxima expresión de la implosión de un evento efectivo en el psiquismo del individuo. Es necesario abordar esta expresión de “lo traumático” para presentar un esbozo de salud mental en situaciones de emergencia. Etimológicamente, trauma proviene del griego y significa lastimar, agotar, dejar exhausto (Benyakar, 2002)

Un desastre, puede producir una enorme patogenicidad en la psiquis del damnificado (directo/indirecto) en el caso del abordaje y enfrentamiento con el hecho mismo sea desvirtuado. En esta línea, una adecuada confrontación con la situación podría permitir al personal de emergencia desarrollar sus propios recursos para que lo disruptivo de la situación no se transforme en un fenómeno patológico para la psiquis (Benyakar, 2002)

Es así como, debe tener en cuenta el componente ecobioético, entendido como desarrollo de acciones en los tres momentos clave: prevención, intervención y reconstrucción. Es decir, acciones y preservación de aquellos conceptos básicos tanto éticos como morales que permiten la convivencia del hombre con el hombre, enfatizando el respeto, la no discriminación, la aceptación de las diferencias, de ideas y de actitudes, el respeto por las culturas, creencias y religiones (Sosteniblepedia, 2012).

A partir de lo antes mencionado, el presente trabajo busca dar una mirada al personal de primera emergencia si presentan sintomatología asociada al estrés postraumático secundario (TEPT) desde la mirada de la psicología de la emergencia.

## **Problema de Investigación**

### **Planteamiento del problema**

Las experiencias traumáticas atentan contra la integridad de las personas, llegando, en algunos casos, a modificar su funcionamiento en el plano biológico, psicológico, laboral y social. Asimismo, pueden afectar la sensación de control y seguridad, como su apreciación de futuro (Senabre, 2017)

El personal de emergencia, por la naturaleza de su labor, se ven expuestos a estas circunstancias de modo frecuente por lo cual, es necesario para implementar el protocolo de vigilancia de riesgo psicosocial en el trabajo (Congreso nacional de Chile, 2018) conocer si personal de emergencias de las comunas de Panquehue, San Felipe y Valparaíso que hayan acudido a una llamada de emergencia durante el último año, presentan sintomatología que corresponda a trastorno de estrés postraumático secundario.

Durante un desastre y/o accidente, el personal de primera respuesta (para la presente investigación, será referido a bomberos, carabineros y personal de CESFAM), se expone a emociones intensas, que implican demandas físicas y psíquicas extraordinarias, realizadas en condiciones especiales de trabajo. Por otra parte, pueden presentarse dificultades a largo plazo en las relaciones laborales. Estas condiciones adversas de trabajo podrían producir una serie de reacciones cognitiva-conductuales, emocionales y físicas, que se pueden manifestar tanto a nivel familiar como laboral (Ventura, y otros, 2006). Hay que tener en cuenta que este personal, son víctimas indirectas de los

desastres por lo que podrían manifestar sintomatología relacionada a los eventos a los que se enfrentan, y es el TEPT el más frecuente. Las manifestaciones clínicas van a depender de factores relacionados con el sujeto como experiencias previas, antecedentes de enfermedades mentales y/o crónicas, no contar con redes sociales, encontrarse en una crisis vital entre otros. Puede también estar relacionado con el evento esto es: tipo e intensidad del desastre/emergencia. Finalmente, relacionado a su labor: falta de preparación social, comunitaria, que incluyen las dificultades en la comunicación y cooperación de las instituciones que participan durante la emergencia, ausencia de preparación del personal.

Es relevante señalar los factores de riesgo en el personal de emergencia de sufrir trastornos psíquicos podrían relacionarse con: Mala selección del personal de emergencia (ya que pueden incluirse personas sin condiciones para desarrollar este tipo de trabajo). Mala preparación técnica. Ausencia de red de apoyo social y alta vulnerabilidad previa al estrés. Exposición simultánea a otros traumas o situaciones estresantes recientes (fallecimiento de familiares, divorcios, etc.). Problemas psicosociales previos (pobreza, desempleo, discriminación, etc.). Exposición prolongada a las consecuencias del desastre o al propio desastre. Problemas de organización del trabajo como demandas laborales excesivas, asumir riesgos sin la preparación o el equipamiento necesario (Ventura, y otros, 2006). En ocasiones se olvida que hay que atender la salud mental del personal que trabaja en la emergencia, bajo la premisa, no siempre real, de que se trata de un personal preparado y que la preparación le concede una total inmunidad.

El estudio de los aspectos psicosociales y su relación con la salud del trabajador no es nuevo aunque si la importancia y reconocimiento que ha adquirido en los últimos años, como consecuencia de los importantes cambios en las organizaciones, la exposición a los riesgos psicosociales se ha hecho más frecuente e intensa, haciendo conveniente y necesario su identificación, evaluación y control con el fin de evitar sus riesgos asociados para la salud y la seguridad en el trabajo (Moreno & Baez, 2010)

La importancia de los factores psicosociales para la salud de los trabajadores se ha ido reconociendo cada vez de forma más amplia, lo que ha supuesto un aumento y profundización del tema (Moreno & Baez, 2010). Es así como, en el caso de Chile, existe una normativa desde el año 2013 relacionada a este punto, corresponde a la resolución exenta n°218 del ministerio de salud, subsecretaria de salud pública, instituto de salud pública.

La presente investigación apunta a medir sintomatología asociada a estrés postraumático secundario en personal de emergencias, de esta manera, contribuir a la comunidad académica con un estudio descriptivo de TEPT y al personal de emergencia, aplicar un instrumento que mida sintomatología asociada a TEPT para que cuenten con información de este trastorno y de esta manera, puedan actuar para mejorar las practicas de autocuidado y atención en su personal con lo que podrían reducir riesgos psicosociales en su lugar de trabajo.



## **Marco Teórico**

La frecuencia de las experiencias traumáticas en la población general es alta. En Chile aproximadamente 40% de la población ha experimentado algún trauma alguna vez en su vida, lo que ubica a nuestro país en una situación intermedia comparado con México (80%), Estados Unidos (50%) y Alemania (20%) (Figueroa, Cortés, Accatino, & Sorensen, 2016). Durante 2016 se registraron 91.711 accidentes de tránsito de estos, 10.753 se registraron en la región de Valparaíso, las personas involucradas a nivel nacional 185.926 y 21.498 en la región. En cuanto a las consecuencias de los accidentes de tránsito, en la región de Valparaíso, 7.086 accidentados, de estos 149 muertos, 865 sufrieron lesiones graves, menos graves y 5.685 leves (Instituto Nacional de Estadísticas Chile, 2016). Desde la oficina nacional de emergencias (ONEMI) se registraron 4.074 eventos, de los cuales 3.900 correspondieron a eventos originados por la actividad humana, en tanto 174 fueron por eventos de origen natural. De los eventos producidos por el hombre, se observó que los incendios estructurales, incendios forestales, alteraciones de suministro de servicios básicos, accidentes con materiales peligrosos y accidentes de tránsito, fueron los eventos con mayor ocurrencia durante 2016, los eventos de origen natural fueron los sistemas frontales, vientos, marejadas anormales y remociones de masa (ONEMI, 2017).

Estos eventos ya sea de origen natural o por la mano del hombre generan consecuencias tanto para quien las vive como para el personal de emergencia. Los traumas (denominación que daré a los eventos inesperados ya sea de origen natural o por la mano del hombre) pueden dejar variadas secuelas psicológicas como Trastorno de Estrés Postraumático, depresión, trastornos de ansiedad, entre otras comorbilidades (Figueroa, Cortés, Accatino, & Sorensen, 2016). En esta línea, el personal de emergencia (personal de la salud, carabineros, bomberos) se encontraría expuesto a una mayor prevalencia de experiencias traumáticas por la naturaleza propia de su trabajo (Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias, & Vargas, 2012)

### **Experiencia traumática**

Se entiende como experiencia traumática a cualquier situación en la que el sujeto se expone a la muerte, lesiones físicas graves o violencia (afectado directo, testigo, o situación de estrés mayor que pueda afectar la estabilidad emocional de una persona) Las experiencias traumáticas más frecuentes a las que puede enfrentarse una persona son: visualizar y/o sufrir un accidente grave en la vía pública , ser golpeado asaltado o víctima de la delincuencia, vivir un terremoto o desastre natural, haber sido forzado a tener contacto sexual, enterarse (repentinamente) de la muerte y/o accidente grave de un ser querido. Estas experiencias pueden dejar marcas, que podrían generar ansiedad para el sujeto y su entorno, manifestándose en trastorno de estrés postraumático, depresión mayor, trastorno de Pánico, trastornos de ansiedad generalizada, fobias simples, fobias específicas, abuso de sustancias (lícitas y/o ilícitas) y trastornos somatomorfos (CITED, 2017). Las experiencias traumáticas, traspasan nuestra sensación de justicia, seguridad y de encontrarnos a salvo. Una experiencia traumática,

deja de manifiesto que podríamos morir en cualquier momento. Los síntomas del estrés postraumático (TEPT) son parte de una reacción al sentirse cercano a la muerte (Pontificia universidad Católica de Chile, 2013)

### **Trastorno de estrés postraumático (TEPT)**

El trastorno de estrés postraumático es un trastorno mental clasificado dentro del grupo de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, caracterizado por ocurrir después que el sujeto, ha experimentado un trauma emocional que implica una amenaza de lesión o de muerte (American Psychiatric Association, 2014). Concerniente al estrés traumático secundario, este es un proceso donde el individuo que observa el sufrimiento de otro(s), experimenta respuestas emocionales a las impresiones reales o esperadas de la otra persona (Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias, & Vargas, 2012). El TEPT es un trastorno que surge como respuesta diferida a un acontecimiento o situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante y/o catastrófica. Las características típicas del trastorno por estrés post-traumático son episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de sueños que tienen lugar sobre una persistente sensación de entumecimiento emocional, desapego social, capacidad de respuesta al medio disminuida, anhedonia y evitación de actividades y/o situaciones evocadoras del trauma (Caamaño, y otros, 2011). Los criterios mencionados en el DSM-V incluyen, entre otros, la exposición a un acontecimiento traumático, la subsecuente respuesta de temor, la desesperanza u horror intenso, malestar psicológico y/o respuestas fisiológicas intensas al exponerse a estímulos que recuerdan el evento, evitación de estímulos asociados al trauma. Desde 1987 cifras de prevalencia del TEPT

en población general mundial, oscilan entre 0,5% y 10,8% para hombres y entre 1,3% y 18,3% para mujeres (Caamaño, y otros, 2011)

### **Trastorno de Estrés Postraumático en Personal de Emergencia y Rescate**

Es necesario consignar, que los equipos de emergencia y rescate, por la naturaleza de su profesión y especificidad de sus tareas, se encuentran constantemente frente a situaciones que podrían manifestar sintomatología asociada a trauma, el estrés traumático secundario o vicario, es una denominación técnica para definir un tipo de estrés que es distinto del estrés general que puede generar cualquier práctica profesional no asociada a servicios de emergencia y rescate pero, no es sólo una reacción fisiológica de exigir al cuerpo para asegurar la supervivencia (Breinbauer, 2013). Las situaciones que emocionalmente nos pueden dañar por lo impactantes, aterradoras o específicamente sensibles para uno según ya sea su propia historia y/o experiencia que, por ese mismo impacto son difíciles de procesar mentalmente. Se consideran reacciones normales y esperables frente a situaciones potencialmente traumáticas.

De manera directa, los efectos postraumáticos que se derivan de las catástrofes son especialmente relevantes para aquellos que la sobrellevan o padecen directamente. Sin embargo, no son la víctimas exclusivas. Los servicios de salud, personal de emergencia y personal relacionado con la emergencia, que trabajan a diario en una situación de especial confusión (emergencias varias, desastres naturales, etc.) también sobrellevan este dolor y pueden padecer de diversas alteraciones (cognitivas, psicológicas, sociales, familiares, etc.). El estrés postraumático secundario, es un riesgo psicosocial emergente que afecta principalmente a funcionarios que trabajan diariamente

con sujetos traumatizados ya sea por emergencias y/o desastres (Moreno-Jiménez, Morante, Garrosa, & Rodríguez, 2008)

### **Psicología de la Emergencia**

Como una manera de responder a estas circunstancias, la psicología no ajena a su responsabilidad ante la aplicación de su labor, en aspectos más prácticos y urgentes, siguiendo acuerdos, proyectos y protocolos internacionales, sobre la materia, se ha inscrito hacia una prevención, intervención y recuperación de personas y zonas afectadas por emergencias y desastres naturales (Marín, 2005). Y es así como nace una nueva especialidad dentro de la psicología, que estudia estas variables, se conoce como psicología de la emergencia. Esta es una rama de la psicología que remite a los procesos internos que se producen a nivel emocional cuando el sujeto se expone a una situación que implica un peligro evidente que marca la voz de alarma (Nicuesa, 2014)

La sociedad chilena de psicología en emergencia y desastres (SOCHPED) la define como “una nueva especialidad en psicología, que estudia el comportamiento humano antes, durante y después de emergencias, desastres y/o catástrofes” (SOCHPED, 2017). Destinada a capacitar a grupos de rescate, trabajadores y comunidad. Evidentemente que la formación y la capacitación de cada uno de estos grupos será distinta, en el caso de los grupos de rescate se capacitarían física y psicológicamente. En la actualidad se dispone de instrumentos psicométricos para medir el comportamiento del personal de emergencia y sociedad civil frente a una situación de emergencia y para conocer si la capacitación frente a desastre ha sido

efectiva o no. Por ello, la conducta debe ser la adecuada en una emergencia ya que ésta será decisiva para evitar consecuencias mayores (Araya, 1999).

La Psicología en Emergencias, ha ido ganando terreno como una disciplina científica en estos espacios, cuya tarea psicológica irá en busca de la recopilación, análisis y divulgación de los factores de riesgo y manejo de los aspectos psicosociales en desastres y emergencias. Dada la necesidad de incrementar y perfeccionar los conocimientos, hábitos, habilidades e información sobre estas problemáticas en las comunidades, atajando la investigación de los grupos vulnerables y en riesgo, para así llegar a brindar una mejor atención (Lorenzo-Ruiz, 2006). Con el desarrollo de la disciplina, se sabe que el impacto en la salud mental tiene lugar no sólo entre aquellos que sufren pérdidas de manera directa, sino entre los que participan en las labores de auxilio (Ventura-Velázquez, 2008). El personal de primera respuesta en emergencias y desastres está expuesto a condiciones especiales de trabajo donde pueden presenciar muertes masivas, heridas graves en personas y animales, cuadros de desesperación y excesivo sufrimiento humano, situaciones que amenazan su propia integridad física. Estas condiciones ponen a prueba la resistencia, el coraje y las capacidades que tienen para cumplir su labor (Ventura, Moreno, Torres, & Gil, 2008)

### **Modelos que explican la naturaleza de Estrés Traumático Secundario**

Cada sujeto actúa de acuerdo con sus fortalezas y debilidades tanto cognitivas, físicas y emocionales, por tanto, responden al trauma de una manera diferente. El tema resulta de difícil conducción por la escasez de un modelo integrador en el que interactúen la naturaleza del evento traumático al que ha sido expuesto el profesional de emergencia, historia personal, habilidades emocionales, características de

personalidad y factores ambientales que le rodean. No obstante, se hace relevante su estudio y el conocimiento de la ocurrencia del estrés traumático secundario en los profesionales y trabajadores de la emergencia ya traumatizados (Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias, & Vargas, 2012)

Sin embargo, existen modelos que presentan una aproximación para intentar comprender el fenómeno. Plantean que el TEPT es un síndrome característico de muchos profesionales que trabajan en emergencia y rescate, esta sería una consecuencia de trabajar con personas víctimas de algún trauma. Además, describen cómo y por qué algunas personas desarrollan estrés traumático secundario, mientras que otras no presentan síntomas (Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias, & Vargas, 2012)

### ***Modelo fatiga por compasión de Charles Figley***

Hace referencia a que los profesionales del área de la salud, cuidadores y también personal de rescate. Pueden llegar a desarrollar síntomas similares al estrés postraumático como respuesta indirecta al dolor o sufrimiento de las personas que ayudan o atienden. Indica cuatro factores relacionados con el profesional que inciden en la predisposición a experimentar estrés traumático secundario: 1) capacidad para empatizar, 2) comportamiento hacia la víctima, 3) habilidad para distanciarse del trabajo 4) autosatisfacción por ofrecer ayuda (Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias, & Vargas, 2012) La empatía juega un doble rol importante, nos permite comprender el proceso traumático por el que está pasando la víctima, pero en el proceso de entendimiento, el profesional puede llegar a traumatizarse del mismo modo (Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias, & Vargas, 2012)

### ***Modelo teórico explicativo de TEPT por Dutton & Rubinstein***

Los autores proponen cuatro componentes diferentes: 1) evento traumático al cual se ha expuesto 2) reacciones ante el evento 3) estrategias de afrontamiento que utiliza 4) mediador ante esas reacciones o síntomas. Un quinto elemento que también plantean los autores es el contexto ambiental en el cual se desenvuelve el sujeto (Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias, & Vargas, 2012)

### ***Modelo del procesamiento emocional de Foa y Kosaks***

Basados en las estructuras del miedo, buscaron dar una explicación al desarrollo, mantenimiento y el tratamiento de los trastornos de ansiedad, distinguiendo entre miedo normal/adaptativo y patológico. Se entiende como miedo adaptativo aquel en que el sujeto desarrolla asociaciones que se activan ante circunstancias que suponen un peligro objetivo y da lugar a respuestas de supervivencia. El miedo patológico alude a aquellos casos en el que se realizan asociaciones que inciden en la emisión de respuestas no adaptativas (Guzmán, Padrós, García, & Laca, 2014) En el caso del TEPT, estas asociaciones se establecen entre los recuerdos del trauma y la creencia de que se está expuesto de forma constante a la posibilidad de un grave peligro y de que no es posible enfrentarlo. Factores que considera el modelo son: procesamiento del acontecimiento traumático, compromiso emocional, procesamiento emocional, cogniciones relacionadas con el trauma, organización narrativa. (Guzmán, Padrós, García, & Laca, 2014)

### ***Modelo cognitivo de Ehlers y Clark***

Este modelo centra su interés en seis factores: 1) evaluaciones que el sujeto hace sobre el evento traumático y sus consecuencias, 2) Forma en que se guarda en la memoria, 3) Relación entre memoria del trauma y la evaluación del trauma, 4) Relación



entre los procesos cognitivos y conductas mal adaptativas, 5) El procesamiento cognitivo durante el trauma y 6) Características del trauma (experiencias, creencias previas al trauma, estado actual del sujeto). Estas serían las vías por las cuales un individuo desarrollaría TEPT y su mantención en el tiempo (Guzmán, Padrós, García, & Laca, 2014)

### ***Modelo cognitiva social de Resick***

Este modelo se centra en el contenido de los pensamientos asociados al evento traumático, recalcando el efecto de las creencias distorsionadas tienen a nivel emocional y conductual en los pacientes con TEPT (Guzmán, Padrós, García, & Laca, 2014) es frecuente que en los pacientes con TEPT los esquemas de confianza, seguridad, control, estima e intimidad se vean afectados por el trauma generando zonas de estancamiento (creencias que interfieren en el proceso de recuperación) pueden ser automáticas, se relacionan con culpa, vergüenza. Este modelo explicaría la aparición del TEPT a través de una vulnerabilidad adquirida (social) responsable de las creencias que las personas mantienen (Guzmán, Padrós, García, & Laca, 2014)

### **Riesgos psicosociales en el trabajo**

Son características de la organización, relaciones laborales y de la cultura del trabajo que pueden afectar al bienestar de los trabajadores donde los efectos de dichos riesgos se pueden manifestar en el campo de la salud mental, cardiovascular, sistema musculoesquelético (Congreso nacional de Chile, 2018), es así que los efectos de los factores psicosociales de estrés pueden afectar tanto la salud psicológica como la salud física a través de los mecanismos psicofisiológicos activados por el estrés (Moreno & Baez, 2010).

Los elementos diferenciales de los factores psicosociales de riesgo no deben llevar al olvido que su interés básico en salud del trabajador, esta proviene de su inclusión como formas de riesgos laborales. No es sencillo elaborar un listado de riesgo psicosociales, aunque, hay cierto consenso sobre los más importantes como el estrés, la violencia y el acoso (Moreno & Baez, 2010)

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Analizar sintomatología que pueda clasificarse como TEPT en personal de emergencia de las comunas de Panquehue, San Felipe y Valparaíso

### ***Objetivos Específicos***

Estimar personal de emergencia que acudieron a una emergencia el último año, que presenten estrés postraumático secundario (TEPT).

Examinar nivel de TEPT en personal de emergencia que hayan acudido a una emergencia durante el último año

Categorizar nivel de TEPT que presentan personal de emergencia que hayan acudido a una emergencia durante el último año

## **Metodología**

### **Tipo y diseño de investigación**

La presente investigación es un estudio descriptivo sobre el estrés postraumático secundario en bomberos de las comunas de Valparaíso, Panquehue y San Felipe. Utilizando el método inductivo. En cuanto al grado de abstracción, esta se trata de

investigación pura. Referido al grado de generalización, es una investigación fundamental. En lo referente a la naturaleza de los datos, es una metodología cuantitativa, es una investigación orientada a las conclusiones.

### **Población participante y muestra**

La población corresponde a personal de los cuerpos de bomberos de Valparaíso y San Felipe de las comunas de Valparaíso, San Felipe y Panquehue. Referido al cuerpo de bomberos de Valparaíso, se trabajó solo con compañías del plan de la ciudad esto debido a la dificultad de acceder a las compañías que se encuentran en los cerros de la comuna. Personal de salud perteneciente al CESFAM (centro de salud familiar) de la comuna de Panquehue. Personal de seguridad pública, carabineros de la comuna de Panquehue. La muestra no probabilística intencionada, corresponde a 115 participantes de estos 81 hombres y 34 mujeres, de lo anterior mencionado 77 bomberos, 31 personal CESFAM y 7 carabineros.

### **Variables**

La variable dependiente TEPT, de manera conceptual un trastorno que presentan algunas personas después de haber vivido o presenciado un acontecimiento impactante o peligroso. De manera operacional, la variable se medirá por medio de instrumentos estandarizados en Chile y uno en España. Esta medición se realizará en personal de primera emergencia. Los instrumentos que se aplicaran se detallan a continuación.

### **Instrumentos**

- 1- Cuestionario de sucesos vitales asociado a escala para el trastorno de estrés postraumático administrada por el clínico (CAPS –DX) (versión española Bustamante et al, 1997) Evaluación de los 17 síntomas de estrés postraumático

que aparecen en el DSM-IV, con valoración de la frecuencia de su aparición en la siguiente escala: 0 (Nunca) 1(raras veces) 2 (a veces) 3 (a menudo).

- 2- Cuestionario sociodemográfico. Realizado para la presente investigación por la autora, esta trata de información para categorizar a quienes conforman la muestra.
- 3- Escala de estrés traumático secundario (STSS, Bride et al, 2004, adaptada a Chile por Guerra y Saiz, 2007). Medir la presencia de síntomas asociados a la exposición indirecta a eventos traumáticos. Contiene 17 ítems congregados en tres subescalas: intrusión (5 ítems), evitación (7 ítems) y activación (5 ítems). Cada ítem puntúa de 1 (nunca) a 5 (muy frecuente), según presencia síntomas medidos durante la última semana. El puntaje total se obtiene sumando las respuestas de los 17 ítems. Bajo 28 puntos hay sintomatología muy baja; entre 28 y 37 puntos sintomatología baja, entre 38 y 43 puntos sintomatología moderada, entre 44 y 48 puntos síntomas altos y sobre los 49 puntos sintomatología severa. Se propone puntaje de corte 38 puntos escala total. Confiabilidad (alfa de Cronbach de 0,80 para la escala de intrusión; 0,80 para evitación; 0,82 para activación y 0,92 para la escala total), alfa de Cronbach de 0.86
- 4- Escala de impacto de evento-revisada (EIE-R). (Adaptada en Chile por Caamaño et al, 2011) Cuenta con 22 ítems y 3 subescalas: intrusión, evitación e hiperactivación. Utiliza escala tipo Likert, para la evaluación de la intensidad de la sintomatología (0 (nada), 1, 2, 3,4 (extremadamente). Consistencia interna: Intrusión  $\alpha = 0,89$ , Evitación  $\alpha = 0,84$ , Hiperactivación  $\alpha = 0,82$ , Capacidad discriminativa ítem/subescalas: Intrusión,  $r = 0,52$ ; Evitación  $r = 0,40$ ;

Hiperactivación  $r = 0,55$ . Intercorrelaciones por subescalas: I/E  $r = 0,71$ ; I/H  $r = 0,81$ ; E/H  $r = 0,65$ .

## **Procedimiento**

### ***Contacto de los sujetos***

El contacto se realizó vía web ([www.bomberosvalparaiso.cl](http://www.bomberosvalparaiso.cl)) y presencial (Plaza Sotomayor 147, Valparaíso) se solicitó reunión con el comandante Sr. Rodrigo Romo Silva pero no tenía disponibilidad por lo que se acuerda coordinar vía correo electrónico con comandancia ([comandante@cbv.cl](mailto:comandante@cbv.cl) [comandancia@bomberosvalparaiso.cl](mailto:comandancia@bomberosvalparaiso.cl)). A partir de ello, se acuerda realizar mediciones en las compañías de bomberos que se encuentren en el Plan de la comuna de Valparaíso. Estas se realizan en el mes de junio luego de las 18:00 hrs ya que, se sugiere la aplicación para encontrar participantes disponibles. Complementario a esto, se realizan mediciones a bomberos del cuerpo de bomberos de San Felipe, ubicados en las comunas de San Felipe y Panquehue, además, revisando el marco teórico (Araya, 1999), se hizo necesario la aplicación de pruebas a personal de Carabineros y CESFAM Panquehue, estas mediciones se realizan en el mes de junio durante los días sábados por disponibilidad de la autora.

### ***Administración de las pruebas***

Se utilizan tres instrumentos para medir TEPT (Cuestionario de estrés traumático secundario, Escala de estrés traumático secundario, Escala de impacto de evento-revisada) cada test tiene una batería de aplicación propia, además, encuesta sociodemográfica para categorizar a la muestra participante. Se realizaron las aplicaciones de los instrumentos en una sesión por organización (bomberos, carabineros, CESFAM) de 15 a 25 minutos.

### ***Aspectos éticos***

Basado en los preceptos del código de ética profesional vigente del colegio de psicólogos de Chile. Respeto por los Derechos y la Dignidad de las Personas (respetar la dignidad y el valor de todas las personas y el derecho a la privacidad, confidencialidad, autodeterminación, diversidad y autonomía). Competencia (tener un nivel de competencia idóneo, proveyendo sólo aquellos servicios y técnicas para las que estoy capacitada por formación profesional, reconociendo las fronteras de la disciplina) Integridad (guiada por principios de probidad, honestidad, justicia y respeto por los otros en el ejercicio profesional). Independencia (evitar influencias, presiones personales, institucionales que atenten contra la ética, explicitando a quien corresponda, las situaciones en que exigencias externas entren en conflicto).

### ***Fase de cierre***

Referente a este punto, es necesario considerar la responsabilidad social. Compromiso social implicará aportar al conocimiento, estudio y transformación social, promoción de políticas sociales que apunten, desde especificidad profesional a crear condiciones que contribuyan al bienestar y desarrollo de la comunidad. Lo anterior referido a que una vez tabulado los resultados, entregar una retroalimentación a los participantes ya sea a nivel de autoridades y/o nivel de voluntarios de las compañías participantes. Considerando que son un servicio de emergencia y rescate. La retroalimentación tiene que presentar flexibilidad de horario, por la naturaleza de los voluntarios. De no ser factible esta opción, se enviará copia de los resultados a autoridades correspondientes a la institución y de esta manera distribuir resultados a los participantes

## Plan de análisis

Una vez concluidas las etapas de recolección y procesamiento de datos se inicia el plan de análisis. El tipo de análisis de los datos dependerá de los siguientes factores: a) El nivel de medición de las variables b) El diseño de investigación utilizado para la comprobación de hipótesis. A partir de lo anterior, se puede inferir que se trata de análisis univariado ya que la variable es estrés postraumático secundario. Al ser un estudio descriptivo, se utiliza elementos de estadística descriptiva estas son: medidas de tendencia central (moda, mediana y media), medidas de dispersión (rango, desviación típica, varianza, correlación), distribución de frecuencias, representación gráfica.

## Resultados

Se presentan a continuación los resultados de la aplicación de instrumentos que miden sintomatología de TEPT en personal de emergencia, realizada durante el mes de junio del presente año en las comunas de Panquehue, San Felipe y Valparaíso.

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas del personal de emergencia que participa en el estudio*

|        | Variable  | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|-----------|------------|------------|
| Género | Femenino  | 34         | 29.3       |
|        | Masculino | 81         | 69.8       |
| Edad   | 18-30     | 31         | 26,7       |

|                               |                          |    |      |
|-------------------------------|--------------------------|----|------|
|                               | 31-40                    | 29 | 25,0 |
|                               | 41-50                    | 30 | 25,9 |
|                               | 51-60                    | 23 | 19,8 |
|                               | 61+                      | 2  | 1,7  |
| Estado civil                  | Soltero                  | 25 | 21,6 |
|                               | Casado                   | 67 | 57,8 |
|                               | Separado                 | 23 | 19,8 |
| Actividad principal           | Estudiante               | 18 | 15,5 |
|                               | Trabajador por horas     | 8  | 6,9  |
|                               | Trabajo media jornada    | 20 | 17,2 |
| Área de la emergencia         | Trabajo jornada completa | 69 | 59,5 |
|                               | Bomberos                 | 77 | 66,4 |
|                               | CESFAM                   | 31 | 26,7 |
| Turno                         | Carabineros              | 7  | 6,0  |
|                               | Mañana                   | 9  | 7,8  |
|                               | Tarde                    | 14 | 12,1 |
|                               | Noche                    | 41 | 35,3 |
|                               | No aplica                | 51 | 44,0 |
| Nivel educacional             | Media                    | 35 | 30,2 |
|                               | Técnica                  | 58 | 50,0 |
|                               | Universitaria            | 22 | 19,0 |
| Antigüedad área de emergencia | 1-5                      | 27 | 23,3 |
|                               | 6-10                     | 14 | 12,1 |
|                               | 11-15                    | 45 | 38,8 |
|                               | 16-20                    | 23 | 19,8 |
|                               | 21+                      | 6  | 5,2  |

Las características de esta muestra son: mayoritariamente masculina, en cuanto a edad, se ubican entre los 18 a 50 años, predominantemente casados, trabajadores a jornada completa, en su mayoría bomberos, en cuanto a los turnos, estos se encuentran entre noche y no aplica, esto podría deberse a que carabineros y CESFAM no realizan turnos, por la naturaleza de su trabajo, y en bomberos, al ser una actividad sin remuneración sino vocación, tienen trabajos remunerados y optan por este turno porque pueden compatibilizar ambos roles. En cuanto a nivel educacional este es mayormente técnica y una antigüedad en el área de emergencia entre los 6 a 15 años.

Tabla 2

*Estadísticos instrumentos aplicados*

|   |          | escala gravedad |                       |                |
|---|----------|-----------------|-----------------------|----------------|
|   |          | síntomas        | cuestionario síntomas | escala impacto |
| N | Válido   | 115             | 115                   | 115            |
|   | Perdidos | 1               | 1                     | 1              |



|                     |        |       |        |
|---------------------|--------|-------|--------|
| Media               | 43,90  | 37,16 | 27,64  |
| Desviación estándar | 18,472 | 5,814 | 10,200 |

La muestra presenta una media de 43,90 puntos para el instrumento Escala de estrés traumático secundario (señalada en la tabla como escala gravedad de síntomas). Una media 37,16 puntos para el instrumento Cuestionario de sucesos vitales asociado a escala para el trastorno de estrés postraumático administrada por el clínico (señalada aquí como cuestionario de síntomas) y una media de 27,64 para el instrumento Descriptivos Escala de impacto de evento-revisada (señalada como escala de impacto).

Tabla 3

*Descriptivos Escala de impacto de evento-revisada (EIE-R). (Adaptada en Chile por Caamaño et al, 2011)*

|             | Media | Desviación estándar | Mínimo | Máximo | Error estándar |
|-------------|-------|---------------------|--------|--------|----------------|
| Bomberos    | 26.92 | 10.159              | 22     | 76     | 1.158          |
| Carabineros | 22.29 | 0.488               | 22     | 23     | 0.184          |
| CESFAM      | 30.65 | 10.794              | 22     | 44     | 1.939          |

La muestra de Bomberos corresponde a 77 participantes de tres comunas. La muestra de 31 trabajadores CESFAM corresponde a dos comunas y la muestra de 7 carabineros corresponde a una comuna. La media más alta corresponde a CESFAM con una media de 30,65 puntos.

Tabla 4

*Descriptivos Cuestionario de sucesos vitales asociado a escala para el trastorno de estrés postraumático administrada por el clínico (CAPS –DX) (versión española Bustamante et al, 1997)*

|             | Media | Desviación estándar | Mínimo | Máximo | Error estándar |
|-------------|-------|---------------------|--------|--------|----------------|
| Bomberos    | 38.10 | 6.918               | 18     | 52     | 0.788          |
| Carabineros | 35.43 | 0.535               | 35     | 36     | 0.202          |
| CESFAM      | 35.19 | 0.402               | 35     | 36     | 0.072          |

La muestra de Bomberos corresponde a 77 participantes de tres comunas. La muestra de 31 trabajadores CESFAM corresponde a dos comunas y la muestra de 7 carabineros corresponde a una comuna. La media más alta corresponde a bomberos con una media de 38,10 puntos.

Tabla 5

*Descriptivos Escala de estrés traumático secundario (STSS, Bride et al, 2004, adaptada a Chile por Guerra y Saiz, 2007)*

|             | Media | Desviación estándar | Mínimo | Máximo | Error estándar |
|-------------|-------|---------------------|--------|--------|----------------|
| Bomberos    | 44,39 | 19,901              | 16     | 64     | 2,268          |
| Carabineros | 50    | 18.903              | 16     | 62     | 7.145          |

|        |       |        |    |    |       |
|--------|-------|--------|----|----|-------|
| CESFAM | 41.29 | 14.337 | 16 | 62 | 2.575 |
|--------|-------|--------|----|----|-------|

La muestra de Bomberos corresponde a 77 participantes de tres comunas. La muestra de 31 trabajadores CESFAM corresponde a dos comunas y la muestra de 7 carabineros corresponde a una comuna. La media más alta corresponde a carabineros con una media de 50 puntos.

### Discusión de resultados

A partir de los resultados expuestos anteriormente (tabla 1, tabla 2, tabla 3, tabla 4 y tabla 5), la muestra presenta sintomatología TEPT media. Relacionado esto con la evidencia que se manejaba (Figuerola, Cortés, Accatino, & Sorensen, 2016) era de esperarse. Llamo la atención para el investigador, el alto puntaje obtenido por el personal de emergencia (tabla 5) en el instrumento que mide estrés traumático secundario, pero, al ser confrontado con los otros instrumentos, se puede concluir que presentarían sintomatología media. El estudio tuvo como objetivo analizar sintomatología que pueda clasificarse como TEPT en personal de emergencia de las comunas de Panquehue, San Felipe y Valparaíso. Los factores evaluados fueron de tipo sociodemográfico y las categorías dadas en los instrumentos: Cuestionario de sucesos vitales asociado a escala para el trastorno de estrés postraumático administrada por el clínico (CAPS –DX) (versión española Bustamante et al, 1997). Escala de estrés traumático secundario (STSS, Bride et al, 2004, adaptada a Chile por Guerra y Saiz, 2007) y Escala de impacto de evento-revisada (EIE-R) (Adaptada en Chile por Caamaño et al, 2011). Esto podría deberse a que los profesionales de la emergencia, por la naturaleza de su trabajo, asisten constantemente a sucesos traumáticos, hay un involucramiento de diversas emociones durante la atención que brindan a los heridos, junto a una frustración que compensan con conductas reactivas de exigencia y agotamiento laboral. Es así como el modelo que interpreta mejor los datos es el modelo fatiga por compasión de Charles Figley. Hace

referencia a que los profesionales del área de la salud, cuidadores y también personal de rescate. Pueden llegar a desarrollar síntomas similares al estrés postraumático como respuesta indirecta al dolor o sufrimiento de las personas que ayudan o atienden. Indica cuatro factores relacionados con el profesional que inciden en la predisposición a experimentar estrés traumático secundario: 1) capacidad para empatizar, 2) comportamiento hacia la víctima, 3) habilidad para distanciarse del trabajo 4) autosatisfacción por ofrecer ayuda (Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias, & Vargas, 2012) La empatía juega un doble rol importante, nos permite comprender el proceso traumático por el que está pasando la víctima, pero en el proceso de entendimiento, el profesional puede llegar a traumatizarse del mismo modo (Meda, Moreno-Jiménez, Palomera, Arias, & Vargas, 2012).

## **Conclusiones**

Los desastres y las catástrofes son la máxima expresión de la implosión de un evento efectivo en el psiquismo del individuo. Es necesario abordar esta expresión de “lo traumático” para presentar un esbozo de salud mental en situaciones de emergencia. Etimológicamente, trauma proviene del griego y significa lastimar, agotar, dejar exhausto (Benyakar, 2002). Un desastre, puede producir una enorme patogenicidad en la psiquis del damnificado (directo/indirecto) en el caso del abordaje y enfrentamiento con el hecho mismo sea desvirtuado. En esta línea, una adecuada confrontación con la situación

podría permitir al personal de emergencia desarrollar sus propios recursos para que lo disruptivo de la situación no se transforme en un fenómeno patológico para la psiquis (Benyakar, 2002).

Esta investigación es de corte descriptivo y como tal presenta debilidades, en este caso relacionado a la muestra, no se realizó a una muestra homogénea de participantes que compartieran similitudes en cuanto al área de emergencia. Al ser de tres comunas diferentes, el único rasgo común es que pertenecen a personal relacionado con emergencias, además, se debiera haber realizado la medición con una mayor cantidad de participantes y que estos fueran equitativos al momento de medir esto es, contar con la misma cantidad de personal de carabineros, CESFAM y bomberos. En cuanto a los instrumentos, la investigación tiene el foco en TEPT, pero, podría haberse incluido un instrumento que midiera estrés laboral. Se enfocó en trauma, pero no se categorizó a que trauma en específico o que entienden por trauma el equipo de emergencia. Se ha demostrado que el estrés psicosocial está involucrado en el origen y desarrollo de diferentes trastornos de ansiedad. Bajo ciertas condiciones ambientales, caracterizadas por cambios extremos, inesperados e indeseados, se ha observado una nueva presentación clínica, la cual no estaría directamente relacionada con eventos estresantes, sino con el entorno disruptivo, de esta manera constituyendo el Síndrome de Ansiedad por Disrupción (Benyacar, Collazo, & Tafet, 2005) En este sentido, un aporte para la investigación son los estudios realizados por el psiquiatra argentino Mordechai Benyakar, quien es un especialista en trauma y que ha introducido una tipología que no se encuentra en el DSM -V, la cual se conoce como estrés de lo disruptivo. Las otras dos formas de estrés, mucho más conocidas, son la tensión crónica, que afecta a quienes se

encuentran en una situación de exigencia continua o sobrecarga permanente, y el estrés traumático, secuela frecuente en quienes han vivido acontecimientos trágicos, bien directamente, bien a través de la identificación con seres queridos que han estado en ellos. El estrés por disrupción es un trastorno mucho menos llamativo, que no requiere haber estado ni cerca ni directamente afectado por el atentado (hecho disruptivo), y que puede acabar apoderándose de gran número de personas. El síndrome de estrés por disrupción se inicia con sentimientos muy difusos e imprecisos de apatía, desilusión, desánimo, desamparo, desesperanza e indefensión, intercalados con ocasionales ataques de rabia y ansiedad. Si no se le pone coto a tiempo, va extendiéndose por contagio, hasta conducir a un estado de depresión y desmoralización colectiva (González de Rivera, 2004).

La presente investigación al ser de corte descriptivo, en su naturaleza pretendía dar a conocer una fotografía de los equipos de emergencia que, por la especificidad de sus funciones, tienen mayor prevalencia de sintomatología TEPT que el resto de la población. Por ello no se comparó a las distintas áreas de la emergencia, ese no era el espíritu de esta investigación quizás por ello, los datos no son claros en cuanto a la magnitud de sintomatología de TEPT y que, entienden por trauma cada uno de ellos. Se da a la comunidad académica una especialidad de la psicología como lo es la relacionada a la emergencia ya que, realizando la investigación, fue posible encontrar antecedentes relacionados a protocolos de cómo actuar durante y postemergencia, pero, no fue posible, en español, encontrar referida a la prevención y a la población de personal de emergencia.

Esta investigación busca ser un aporte para futuras investigaciones relacionadas a la psicología de la emergencia referido al personal que trabaja en estas circunstancias, también presentar los riesgos psicosociales presentes en este tipo de trabajo. También un aporte para el desempeño del clínico, en como la prevención de los riesgos psicosociales disminuyen el contagio de síntomas en la población general. La investigación también aporta el síndrome de lo disruptivo como una nueva mirada al trauma ya que, el trauma depende de los mecanismos de defensa del individuo, es decir, el trauma se produce a nivel psíquico y el hecho que lo produce es lo disruptivo, del cual no se tiene control.

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Médica Panamericana.
- Araya, C. (1999). *Psicoprevención y Psicología de la emergencia*. Santiago: Psicoprev.
- Benyacar, M., Collazo, C., & Tafet, G. (2005). El síndrome de ansiedad por disrupción. *Acta psiquiátrica psicológica de América latina*, 232-236.
- Benyakar, M. (2002). Salud mental y desastres. Nuevos desafíos. *Neurología, neurocirugía y psiquiatría*, 3-25.
- Biblioteca del congreso nacional. (2018, Abril). *Bibloteca del congreso nacional*. Retrieved from <https://www.leychile.cl/Consulta/>
- Biblioteca del Congreso Nacional. (2018, Abril). *Bibloteca del Congreso Nacional*. Retrieved from <https://www.bcn.cl/leyfacil/recurso/bomberos-de-chile>
- Bomberos de Chile. (2017, septiembre 8). *Bomberos de Chile*. Retrieved from <http://www.bomberos.cl/>
- Breinbauer, A. (2013, agosto 22). *Reanimacion.net*. Retrieved from <http://reanimacion.net/psicolog-a-estr-s-humano-en-contextos-de-emergencia-estr-s-traum-tico/>
- Caamaño, L., Fuentes, D., González, L., Melipillán, R., Sepúlveda, M., & Valenzuela, E. (2011, septiembre). Adaptación y validación de la versión chilena de la escala de impacto de evento-revisada (EIE-R). *Revista Médica de Chile*, 139(9), 1163-1168.
- CITED. (2017, septiembre 14). *CITED centro de intervención del trauma , estrés y desastres*. Retrieved from <http://cited.cl/que-es-un-trauma>
- CONAF. (2013, septiembre 25). *CONAF*. Retrieved from <http://www.conaf.cl/conaf-lanzo-campana-para-captar-brigadistas-en-la-region-de-valparaiso/>
- Congreso nacional de Chile. (2018, junio 12). *Biblioteca del congreso nacional/ BCN*. Retrieved from <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1111248>
- Congreso nacional de Chile. (2018, junio 22). *Biblioteca del congreso nacional/ ley Chile*. Retrieved from [http://www.leychile.cl/consulta/m/norma\\_plana?org=&idNorma=1048620](http://www.leychile.cl/consulta/m/norma_plana?org=&idNorma=1048620)
- Figueroa, R., Cortés, P., Accatino, L., & Sorensen, R. (2016). Trauma psicológico en la atención primaria: orientaciones de manejo. *Revista médica de Chile*.
- González de Rivera, J. (2004, marzo 13). Estrés de lo disruptivo. *La razón*.

- Guzmán, M., Padrós, F., García, T., & Laca, F. (2014, mayo-agosto). Modelos cognitivo conductuales del trastorno por estrés postraumático. *Uaricha*(11), 35-54.
- Instituto Nacional de Estadísticas Chile. (2016). *Carabineros. Informe anual 2016*. Santiago.
- Lorenzo-Ruiz, A. (2006). Reflexiones sobre la evolución del quehacer psicológico en el tema de emergencias y desastres: Análisis de la experiencia en Cuba. . *Revista Electrónica Cuadernos de Crisis*, 7-37.
- Marín, H. (2005, septiembre 8). Psicología de la emergencia: comportamiento humano antes, durante y después de la emergencia. *texto participante Medellín 2005*. Retrieved from [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/introduccion\\_psicologia\\_emergencia\\_hmarin.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/introduccion_psicologia_emergencia_hmarin.pdf)
- Meda, R., Moreno-Jiménez, B., Palomera, A., Arias, E., & Vargas, R. (2012). La evaluación del estrés traumático secundario. Estudio comparado en bomberos y paramédicos de los servicios de emergencia de Guadalajara, México. *Terapia Psicológica*.
- ministerio de defensa nacional. (2017, septiembre 22). *ministerio de defensa nacional*. Retrieved from <http://www.defensa.cl/emergencias/riesgos-y-desastres-naturales/>
- Moreno, B., & Baez, C. (2010). *Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M., Garrosa, E., & Rodríguez, R. (2008). *Estrés traumático secundario: el coste de tratar el trauma*. madrid.
- Nicuesa, M. (2014, noviembre 30). *definición ABC*. Retrieved from <https://www.definicionabc.com/salud/psicologia-de-la-emergencia.php>
- ONEMI. (2017). *Informe Estadístico Anual 2016 de ONEMI Período del 1° de enero a 31 de diciembre de 2016 sistema estadístico institucional de ONEMI*. División de Protección Civil, Santiago.
- Pontificia universidad Católica de Chile. (2013). *Unidad de apoyo psicológico*. Retrieved from [http://apoyo.saludestudiantil.uc.cl/index.php/sabermas?task=verItem&id\\_item=17&vista=sabermas](http://apoyo.saludestudiantil.uc.cl/index.php/sabermas?task=verItem&id_item=17&vista=sabermas)
- Senabre, J. (2017). El trauma producido por los accidentes de tráfico: Un estudio con bomberos forestales. *4° Conferencia internacional sobre incendios forestales* (p. 11). Sevilla. España: Wildfire2017.
- SOCHPED. (2017, septiembre 1). *sociedad chilena de psicología en emergencias y desastres*. Retrieved from <http://www.sochped.cl>



- Sosteniblepedia. (2012, Octubre 9). *Sosteniblepedia*. Retrieved from <http://www.sosteniblepedia.org/index.php?title=Ecobio%C3%A9tica>
- soy Chile. (2014, abril 14). *soy Chile*. Retrieved from <http://www.soychile.cl/Santiago/Sociedad/2014/04/14/242851/La-ONU-pidio-que-los-bomberos-no-sean-voluntarios-y-que-el-Gobierno-invierta-en-ellos-como-en-las-FFAA.aspx>
- soy Valparaíso. (2014, Abril 14). *soy Chile*. Retrieved from <http://www.soychile.cl/Valparaiso/Policial/2014/04/12/242586/Gobierno-declaro-Zona-de-Catastrofe-en-Valparaiso-por-mega-incendio.aspx>
- UNESCO. (2012). *Análisis de riesgos de desastres en Chile. VII Plan de acción DIPECHO en sudamérica 2011-2012*. Santiago.
- Ventura, R., Moreno, S., Torres, R., & Gil, R. (2008). Estrés postraumático en rescatistas. *Revista cubana de medicina intensiva y emergencias*, 1-7.
- Ventura, R., Toca, L., Couso, O., Ojeda, M., Frenis, B., & Ortega, I. (2006). Trastorno de estrés postraumático en miembro de equipo de primera respuesta. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*, 418-423.
- Ventura-Velázquez, R. (2008). *Atención psicosocial en desastres. Temas para entrenamiento*. La Habana: Ciencias médicas.

## Anexos

## CUESTIONARIO PERSONAL DE EMERGENCIAS

MARQUE CON UNA X SEGÚN SEA SU CASO

GÉNERO **MASCULINO** \_\_\_ **FEMENINO** \_\_\_

EDAD **18-30** \_\_\_ **31-40** \_\_\_ **41-50** \_\_\_ **51-60** \_\_\_ **61+** \_\_\_

ESTADO CIVIL **SOLTERO** \_\_\_ **CASADO** \_\_\_ **SEPARADO** \_\_\_ **VIUDO** \_\_\_

NIVEL EDUCACIONAL **BÁSICA** \_\_\_ **MEDIA** \_\_\_ **TÉCNICA** \_\_\_ **UNIVERSITARIA** \_\_\_

ACTIVIDAD PRINCIPAL **ESTUDIANTE** \_\_\_ **TRABAJADO POR HORAS** \_\_\_ **TRABAJO MEDIA JORNADA** \_\_\_  
**TRABAJO JORNADA COMPLETA** \_\_\_

INSTITUCIÓN A LA CUÁL PERTENECE **BOMBEROS** \_\_\_ **CESFAM** \_\_\_ **CARABINEROS** \_\_\_

ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN **1-5 AÑOS** \_\_\_ **6-10** \_\_\_ **11-15** \_\_\_ **16-20** \_\_\_ **20+** \_\_\_

TURNO AL QUE GENERALMENTE ASISTE **MAÑANA** \_\_\_ **TARDE** \_\_\_ **NOCHE** \_\_\_ **NO APLICA** \_\_\_

**A continuación, se presentan una serie de preguntas a las cuáles usted podrá responder según sea su caso. Para lo anterior deberá leer detenidamente cada enunciado y marcar con una X la alternativa que se presenta a continuación**

|                                                                                                                           | Siempre | Bastantes veces | Algunas veces | Nunca |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|---------------|-------|
| ¿Alguna vez interrumpió sus labores a causa de haber manifestado sensaciones de falta de energía cansancio o agotamiento? |         |                 |               |       |
| ¿Ha presenciado eventos estresantes y extremadamente traumáticos que afecten su vida?                                     |         |                 |               |       |
| ¿Ha manifestado síntomas de miedo o terror excesivos?                                                                     |         |                 |               |       |
| ¿Ha manifestado recuerdos recurrentes de un evento traumático, como imágenes, pensamientos o percepciones?                |         |                 |               |       |
| ¿Se han marcado cambios o disminución, en el interés o participación de actividades que le eran agradables?               |         |                 |               |       |
| ¿Ha padecido de dificultades para dormir o para mantenerse despierto?                                                     |         |                 |               |       |
| ¿Alguna vez, ha presentado irritabilidad o estallidos de ira?                                                             |         |                 |               |       |

|                                                                                                                              |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| ¿Ha manifestado dificultad en su capacidad de atención y concentración?                                                      |  |  |  |  |
| ¿Ha manifestado sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva o inapropiada?                                                |  |  |  |  |
| ¿Ha exhibido pérdida o aumento de peso, sin hacer régimen?                                                                   |  |  |  |  |
| ¿Ha mostrado fatiga o pérdida de energía?                                                                                    |  |  |  |  |
| ¿Ha padecido de pesadillas cuando duerme?                                                                                    |  |  |  |  |
| ¿Ha manifestado síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión, sensación de asfixia y/o miedo a perder el control? |  |  |  |  |
| ¿Ha presentado ansiedad o comportamiento de evitación en lugares o situaciones específicas?                                  |  |  |  |  |
| ¿Ha manifestado frialdad, falta de empatía y/o apatía ante situaciones o personas específicas?                               |  |  |  |  |
| ¿Se ha visto limitado por manifestar su afecto?                                                                              |  |  |  |  |

### CUESTIONARIO DE SUCESOS VITALES

Se presentan sucesos o acontecimientos angustiosos/traumáticos que algunas veces les suceden a las personas. Para cada suceso, marque con una X una o más casillas para indicar si a) le ocurrió a usted personalmente b) usted fue testigo de lo que le ocurrió a otra persona c) se enteró de lo que le ocurrió a alguien cercano a usted d) no está seguro de que se ajuste a lo que le sucedió e) no se puede aplicar a lo que le sucedió usted. Asegúrese de que considera toda su vida, a medida que vaya repasando la lista de sucesos

|                                                                                                            | Me<br>ocurrió | Fui<br>testigo | Me enteré<br>de ello | No estoy<br>seguro | No<br>aplica |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|----------------------|--------------------|--------------|
| Desastres naturales (ej. inundaciones, terremotos etc.).                                                   |               |                |                      |                    |              |
| Fuego o explosión                                                                                          |               |                |                      |                    |              |
| Accidente con medios de transporte (por ejemplo, accidente de coche, naufragio, accidente de tren o avión) |               |                |                      |                    |              |
| Percances en el trabajo,                                                                                   |               |                |                      |                    |              |
| accidentes domésticos o en el transcurso de actividades recreativas                                        |               |                |                      |                    |              |
| Exposición a sustancias tóxicas (por ejemplo, sustancias químicas peligrosas, radiaciones).                |               |                |                      |                    |              |
| Ataques físicos (ej, ser atacado, golpeado o apaleado).                                                    |               |                |                      |                    |              |

|                                                                                                                       |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
| Ataques con un arma (por ejemplo, ser disparado, apuñalado o amenazado con un cuchillo o arma de fuego).              |  |  |  |  |  |
| Ataques sexuales (violación, intento de violación o cualquier tipo de actuación sexual mediante la fuerza o amenaza). |  |  |  |  |  |
| Otro tipo de experiencias sexuales desagradables o no deseadas.                                                       |  |  |  |  |  |
| Situación de combate o exposición a zona de guerra (como militar o civil).                                            |  |  |  |  |  |
| Cautividad (por ejemplo, ser secuestrado, raptado, o bien, tenido como rehén o prisionero de guerra).                 |  |  |  |  |  |
| Enfermedades o lesiones que amenazan la vida                                                                          |  |  |  |  |  |
| Gran sufrimiento humano de cualquier tipo                                                                             |  |  |  |  |  |
| Muerte violenta, repentina de otra persona (por ejemplo; homicidio, suicidio).                                        |  |  |  |  |  |
| Muerte inesperada, repentina de alguien próximo.                                                                      |  |  |  |  |  |
| Muerte, lesión o perjuicio importante que haya causado usted a alguien.                                               |  |  |  |  |  |
| Cualquier otro suceso o experiencia estresante                                                                        |  |  |  |  |  |

### ESCALA DE IMPACTO REVISADA

Se presentan sucesos o acontecimientos angustiosos/traumáticos que algunas veces les suceden a las personas. Para cada suceso, marque con una X en la casilla que lo represente: nunca, raras veces, a veces, a menudo en **LOS ÚLTIMOS SIETE DÍAS**

|                                                               | Nunca | Raras veces | A veces | A menudo |
|---------------------------------------------------------------|-------|-------------|---------|----------|
| Cualquier recuerdo me hacía volver a sentir lo que sentí      |       |             |         |          |
| Tenía problemas para dormir                                   |       |             |         |          |
| Otras cosas me hacían pensar en el suceso                     |       |             |         |          |
| Me sentía irritado y enojado                                  |       |             |         |          |
| Procuraba no alterarme cuando pensaba o recordaba lo sucedido |       |             |         |          |
| Pensaba en ello aun cuando no quería                          |       |             |         |          |
| Sentía como si no hubiese sucedido o no fuse real             |       |             |         |          |
| He intentado no recordar lo sucedido                          |       |             |         |          |

|                                                                                                                                                  |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| Me han venido a la mente imágenes sobre lo sucedido                                                                                              |  |  |  |  |
| He estado nervioso y me he sobresaltado fácilmente                                                                                               |  |  |  |  |
| He intentado no pensar en lo sucedido                                                                                                            |  |  |  |  |
| He sido consciente de que todavía tenía muchos, sentimientos sobre lo sucedido, pero no he querido afrontarlos                                   |  |  |  |  |
| Mis sentimientos sobre la enfermedad se han quedado como bloqueados                                                                              |  |  |  |  |
| Me he encontrado actuando o sintiendo como si volviera a encontrarme en ese momento                                                              |  |  |  |  |
| He tenido problemas para conciliar el sueño                                                                                                      |  |  |  |  |
| He tenido momentos en los que me invadían sentimientos intensos sobre la enfermedad                                                              |  |  |  |  |
| He intentado borrarlo de mi memoria                                                                                                              |  |  |  |  |
| He tenido problemas para concentrarme                                                                                                            |  |  |  |  |
| Los recuerdos sobre lo sucedido me han provocado reacciones físicas como sudores, problemas de respiración, náuseas o fuertes latidos de corazón |  |  |  |  |
| He tenido sueños sobre lo sucedido                                                                                                               |  |  |  |  |
| Me he sentido vigilante o en guardia                                                                                                             |  |  |  |  |
| intentaba no hablar de ello                                                                                                                      |  |  |  |  |

## Consentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación

Dirigido a: **Personal de emergencia (carabineros, bomberos, CESFAM)**

Mediante la presente, se le solicita su autorización para participar de estudios enmarcados en el Proyecto de investigación **ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SECUNDARIO. UNA MIRADA DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA EMERGENCIA**, presentado para la **obtención del grado académico de licenciado en psicología**, y guiado por el psicólogo **Sr. Hugo Plaza Villarroel**

Dicho Proyecto tiene como objetivo principal **Analizar sintomatología que pueda clasificarse como TEPT en personal de emergencia de las comunas de Panquehue, San Felipe y Valparaíso**. En función de lo anterior es pertinente su participación en el estudio, por lo que, mediante la presente, se le solicita su consentimiento informado.

Al colaborar usted con esta investigación, **deberá contestar una batería de instrumentos orientada a medir sintomatología TEPT, esta consta de una encuesta sociodemográfica, Cuestionario de sucesos vitales asociado a escala para el trastorno de estrés posttraumático administrada por el clínico (CAPS –DX) (versión española Bustamante et al, 1997). Escala de estrés traumático secundario (STSS, Bride et al, 2004, adaptada a Chile por Guerra y Saiz, 2007)**. Dicha actividad durará una sesión de aproximadamente **20 minutos** y será realizada en..... durante la jornada laboral. Su participación en este estudio no implica ningún riesgo de daño físico ni psicológico para usted.

Todos los datos que se recojan serán estrictamente anónimos y de carácter privados. Además, los datos entregados serán absolutamente confidenciales y sólo se usarán para los fines académicos de la investigación. El responsable de esto, en calidad de conservador de los datos, será el Investigador Responsable del proyecto, quien tomará todas las medidas necesarias para prevenir el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos.

El investigador Responsable del proyecto y la Universidad de las Américas asegura la total cobertura de costos del estudio, por lo que su participación no significará gasto alguno. Por otra parte, la participación en este estudio no involucra pago o beneficio económico alguno.

Si presenta dudas sobre este proyecto o sobre su participación en él, puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento, sin que esto represente perjuicio. Es importante que usted considere que su participación en este estudio es completamente libre y voluntaria, y que tiene derecho a negarse a participar o a suspender y dejar inconclusa su participación cuando así lo desee, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Desde ya le agradezco su participación.

.....  
**María José Arancibia Muñoz**  
**Investigadora Responsable**

Fecha\_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación **“ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SECUNDARIO. UNA MIRADA DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA EMERGENCIA”**, guiada por el Profesor **Ps. Hugo Plaza Villarroel**, responsable de la asignatura **Seminario de grado II de la Universidad de Las Américas, sede Los Castaños**.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar al Investigador Responsable del proyecto al correo electrónico **marijo.aransz@gmail.com** o al teléfono **981339245**.

---

Nombre y firma del participante

---

María José Arancibia Muñoz

Investigadora Responsable