

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



MANEJO DEL ESTRÉS  
EN PERSONAL DE RESCATE Y ATENCIÓN A  
EMERGENCIAS:  
PREVENCIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS  
POSTRAUMÁTICO SECUNDARIO

PSIC. JOSÉ ELOY HURTADO BAYO

TESIS PRESENTADA COMO UNO DE LOS REQUISITOS  
PARA OBTENER EL GRADO DE MAGÍSTER EN  
PSICOLOGÍA CLÍNICA

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2004

STA

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ  
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO  
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

1 JUL 2004

según el autor

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN: *PSICOLOGÍA CLÍNICA*

FACULTAD DE: *HUMANIDADES*

NÚMERO DE CÓDIGO: *327-14-06-03-21*

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: *JOSÉ ELOY HURTADO BAYO*

CÉDULA: *8-412-228*

TÍTULO AL QUE ASPIRA: *MAGISTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA*

TEMA DE LA TESIS: *MANEJO DEL ESTRÉS EN PERSONAL DE RESCATE Y ATENCIÓN A EMERGENCIAS: PREVENCIÓN DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SECUNDARIO.*

RESUMEN EJECUTIVO: *SE TRATA DE UN ESTUDIO EXPERIMENTAL QUE BUSCA EVALUAR LA EFECTIVIDAD DE UN ENTRENAMIENTO EN MANEJO DE ESTRÉS CON EL FIN DE DISMINUIR LA VULNERABILIDAD AL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO SECUNDARIO EN EL PERSONAL DE EMERGENCIAS*

NOMBRE DEL ASESOR: *MGTER. FABIO BETHANCOURT*

FIRMA DEL ASESOR: *Fabio Bethancourt*

FIRMA DEL ESTUDIANTE: *[Signature]*

APROBADO POR: *[Signature]*  
*COORDINADOR DEL PROGRAMA*

*DIRECTOR DE POSTGRADO DE LA VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO*

FECHA: *9-UL-2003*

10940

*A mi padre, el Mayor Manuel José Hurtado De Sedas (q.e.p.d.),  
quién me enseñó el valor de la perseverancia...*

## AGRADECIMIENTOS

A los miembros del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) que participaron en el estudio, por confiar en mí al compartir sus historias, por todo lo que me permitieron aprender de ustedes.

Al Profesor Fabio Bethancourt, mi asesor de tesis, por su tiempo y acertados consejos; su entusiasmo acerca del estudio significó mucho para mí.

Al Director del SINAPROC, Arturo Alvarado, quien me abrió las puertas de la institución y supo apreciar la relevancia del tema, así como a todo su equipo que tan diligentemente cooperó con la realización del estudio.

Al Dr. Eric Quintero, del Servicio de Psiquiatría del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, por avalarme y apoyarme desde el inicio del estudio.

Al Profesor Gerardo Valderrama, por su orientación en la parte estadística y por haberme inculcado la pasión por la investigación.

A Laura Valdés, en el Departamento de Capacitación, por su infinita cooperación y paciencia con mis innumerables requerimientos.

A quiénes tan solo están en mis siempre presentes recuerdos, por todo lo que aprendí junto a ellos.

## ÍNDICE GENERAL

Hoja de Aprobación . . . . .	ii
Dedicatoria . . . . .	iii
Agradecimientos . . . . .	iv
Índice de Tablas . . . . .	vii
Índice de Gráficos . . . . .	ix
Resumen . . . . .	1
Introducción . . . . .	2
Revisión de Literatura . . . . .	4
<b>La Psicología en el Trabajo de Rescate y Emergencias</b>	
Trabajos Pioneros . . . . .	4
Décadas del 50 y 60 . . . . .	7
Década del 70 . . . . .	12
Década del 80 . . . . .	16
Década del 90 al Presente . . . . .	21
<b>Estrés y Trauma en el Personal de Rescate y Emergencias</b>	
Investigaciones Enfocadas en los Trabajadores de Primera Respuesta	26
Estrés de Incidente Crítico . . . . .	31
Estrés Traumático . . . . .	41

<b>Manejo de Estrés de Incidente Crítico (MEIC)</b>	
Principios Generales . . . . .	46
Modalidades de Intervención . . . . .	54
<b>Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento (ECA)</b>	
Los Modelos de Afrontamiento y Psico-Educacional . . . . .	60
Orígenes en la Terapia Cognitivo-Conductual. . . . .	61
Variedad de Técnicas y Efectividad . . . . .	69
Metodología . . . . .	75
Resultados . . . . .	108
Discusión . . . . .	128
Conclusiones . . . . .	136
Recomendaciones . . . . .	139
Literatura Citada . . . . .	140
Apéndices . . . . .	145
Apéndice 1 . . . . .	146
Apéndice 2 . . . . .	147
Apéndice 3 . . . . .	149
Apéndice 4 . . . . .	157

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Edad, sexo y funciones de los miembros del personal de rescate y atención a emergencias del SINAPROC que conformaron la muestra . . . . .	92
<b>Tabla 2:</b> Puntuaciones Correspondientes a los Centiles del IDARE . . . . .	97
<b>Tabla 3:</b> Descripción de la Muestra Normativa del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm . . . . .	103
<b>Tabla 4:</b> Datos Psicométricos del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm . . . . .	103
<b>Tabla 5:</b> Calendario Ejecutado . . . . .	106
<b>Tabla 6:</b> Medias y Desviaciones Estándar de los puntajes obtenidos en la Cantidad de Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa. . . . .	108
<b>Tabla 7:</b> Medias y Desviaciones Estándar de los puntajes obtenidos en el Índice Intensidad de Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa. . . . .	111
<b>Tabla 8:</b> Medias y Desviaciones Estándar de los puntajes obtenidos en la Escala de Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger. . . . .	113
<b>Tabla 9:</b> Medias y Desviaciones Estándar de los puntajes obtenidos en la Escala de Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger . . . . .	115

<b>Tabla 10:</b> Medias y Desviaciones Estándar de los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck . . . . .	118
<b>Tabla 11:</b> Medias y Desviaciones Estándar de los puntajes obtenidos en la Escala de Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm . . . . .	120
<b>Tabla 12:</b> Medias y Desviaciones Estándar de los puntajes obtenidos en la Escala de Burn-Out del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm. . . . .	122
<b>Tabla 13:</b> Medias y Desviaciones Estándar de los puntajes obtenidos en la Escala de Fatiga de Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm . . . . .	125

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1:</b> Medias de los puntajes obtenidos en la Cantidad de Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa. . . . .	109
<b>Gráfico 2:</b> Medias de los puntajes obtenidos en el Índice Intensidad de Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa . . . . .	111
<b>Gráfico 3:</b> Medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger . . . . .	113
<b>Gráfico 4:</b> Medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger . . . . .	116
<b>Gráfico 5:</b> Medias de los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck	118
<b>Gráfico 6:</b> Medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm . . . . .	120
<b>Gráfico 7:</b> Medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Burn-Out del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm. . . . .	123
<b>Gráfico 8:</b> Medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Fatiga de Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm . . . . .	125

## RESUMEN

Se describen la cantidad y severidad de los síntomas asociados al Trastorno por Estrés Postraumático y los niveles de ansiedad rasgo-estado, depresión, satisfacción laboral, burn-out y fatiga de compasión para una muestra de trabajadores de rescate y atención a emergencias y se analiza el efecto de un Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento. Se utilizó un diseño de preprueba-postprueba con grupo control en lista de espera donde doce miembros del SINAPROC fueron aleatoriamente asignados para recibir la intervención, la cual fue administrada durante diez sesiones en un periodo de dos meses. Las variables se analizaron mediante la prueba T de Student. Encontramos una cantidad significativa de síntomas de intensidad leve, ansiedad rasgo y estado altas, niveles de depresión bajos, buen potencial de satisfacción laboral, riesgo de burn-out bajo y fatiga de compasión moderada. Este estudio sugiere que los niveles de ansiedad-rasgo del grupo experimental disminuyeron de manera significativa tras la intervención.

## SUMMARY

Amount and severity of Posttraumatic Stress Disorder related symptoms and state-trait anxiety, depression, compassion satisfaction, burn-out and compassion fatigue levels are described in a sample of rescue and emergency attention workers and the effect of a coping skills training is analyzed. A pretest-posttest with a waiting list control group design has been used in which twelve SINAPROC members were randomly assigned to receive the intervention, which has been administered during ten sessions in a period of two months. The variables were analyzed thru Student's T. A significant amount of low intensity symptoms, high levels of state and trait anxiety, low levels of depression, good potential for compassion satisfaction, low risk of burn-out and moderate risk of compassion fatigue were found. This study suggests that trait anxiety levels in the experimental group significantly subsided after the intervention.

## INTRODUCCIÓN:

El 11 de marzo del presente año, tras el atentado terrorista cuyo objetivo fue la Estación Central de Atocha, la presidenta de la Comunidad de Madrid, Esperanza Aguirre, relató tras su visita al IFEMA (Instituto Ferial de Madrid, utilizado como morgue de emergencia) el ambiente en el que debían desempeñar su trabajo los profesionales sanitarios: "Me decía la jefa de todos (los forenses) que lo mas duro... era escuchar sonar los móviles desde las bolsas de los cadáveres. Eso, realmente, ellos no se lo podían quitar de la cabeza", dijo Aguirre en declaraciones a la prensa.

La rutina del personal que labora en los servicios de rescate y atención a emergencias es responder a crisis individuales, comunitarias, nacionales e incluso internacionales. Estos trabajadores, que ofrecen asistencia durante o después del suceso, pueden verse negativamente afectados por el contacto con los eventos; ellos están expuestos a fuentes de estrés traumático primarias (directas) y secundarias (indirectas).

Estas personas suelen sentir un efecto positivo asociado a su habilidad para ayudar, pero también pueden sentir un efecto negativo paralelo. Conocido por varios nombres dependiendo del autor que lo estudie – estrés de incidente crítico, trauma vicario, trauma secundario, etc. – , este cuadro se presenta usualmente como una reacción menos severa en comparación con los síntomas asociados al trauma que experimentan las víctimas directas de un desastre. Aún así, este desorden de características propias puede afectar

considerablemente las carreras y vidas de incluso aquellos que poseen considerable entrenamiento y experiencia en el manejo de desastres y sobrevivientes de trauma.

A través de este estudio pretendemos medir una serie de variables asociadas al trauma secundario y evaluar la efectividad de una intervención terapéutica grupal de carácter preventivo. El tratamiento está dirigido a entrenar al personal de rescate y atención a emergencias en diversas estrategias de manejo del estrés propio de su oficio, y busca contribuir al control de sus efectos indeseados a través de la reducción de la vulnerabilidad.

El trabajo busca hacer un aporte pionero, significativo y práctico, debido a que la psicología de emergencias y desastres no ha sido desarrollada significativamente en nuestro país y actualmente no se cuenta con programas estructurados para prevenir de manera adecuada los riesgos a la salud mental que enfrentan estos profesionales.

Iniciaremos nuestro reporte estableciendo un marco teórico en el cual revisaremos brevemente y de manera cronológica el tema de la evolución histórica del campo común de la Psicología y el trabajo de rescate y atención a emergencias, luego hablaremos sobre el estrés y el trauma que experimenta el personal de primera respuesta, continuando con una revisión del concepto de manejo de estrés de incidente crítico y finalizando con el tema del entrenamiento en competencias de afrontamiento como estrategia preventiva. Seguidamente, expondremos detalladamente el marco metodológico utilizado en la presente investigación. Cumplido lo anterior, presentaremos los resultados obtenidos y discutiremos sus implicaciones; por último, presentaremos nuestras conclusiones y señalaremos algunas recomendaciones.

## REVISIÓN DE LITERATURA

### 1. La Psicología en el Trabajo de Rescate y Emergencias.

#### a) Trabajos Pioneros.

Los primeros estudios sobre el tema son realizados por investigadores interesados en analizar cómo situaciones estresantes provenientes del combate, y luego de desastres, afectaban a los sobrevivientes. Estas primeras investigaciones se caracterizaban por ser principalmente descriptivas y permitieron descubrir cómo las personas reaccionaban durante y después de los desastres, cómo se diferenciaban estas reacciones en función de variables como la edad y el sexo, y cómo se veían afectados también los equipos de primera respuesta por el especial trabajo que realizaban al interactuar con el sufrimiento humano y la manipulación de cadáveres con alto grado de destrucción. Esta línea de trabajo propuso y desarrolló modelos explicativos del estrés desde la perspectiva de las emergencias y desastres.

Los orígenes se remontan a fines del siglo XIX e inicios del XX en América y Europa, debido a las guerras en las que estuvieron comprometidos estos continentes aparecieron términos como los de "fatiga de batalla", "neurosis de guerra" y "shell shock", propios de los años 1887 a 1939. Sin embargo en el diario de Samuel Pepy, en el siglo XVII, se

narra, a consecuencia del gran incendio de Londres, lo que hoy conocemos como "flashbacks" en la sintomatología del estrés postraumático (Nicolás, 1997).

También hay investigaciones que se remontan a la primera década del siglo XX como las de Edouard Stierlin en Zurich, quien trabajó con 21 sobrevivientes de un accidente en una mina en 1906 y con 135 personas dos meses después del terremoto de Mesón en Italia, que mató 70,000 personas en 1907 (American Psychiatric Association, 2004).

Durante la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) se realizan estudios con poblaciones civiles sometidas a los intensos bombardeos, principalmente en Inglaterra. En Japón se realizan trabajos relacionadas con los sobrevivientes del ataque nuclear a Hiroshima y Nagasaki (Fritz, 1996).

Un estudio primigenio en este campo es el de Anna Freud y Dorothy Burlingham en 1943 sobre las reacciones de los niños durante la Segunda Guerra Mundial, en el cual comunican diversos niveles de ansiedad presentes en padres y niños (Loughry y Eyber, 2003).

Sin embargo, el estudio que es considerado pionero es el de Lindemann en 1944, quien trabajó con los sobrevivientes y familiares víctimas del incendio del club nocturno "Coconut Grove" en Boston, en el cual describe que aquellos sujetos que usaron como mecanismo de defensa psicológica la negación, y fracasaron en ello, sufrían una alta frecuencia de trastornos psicossomáticos, síntomas neuróticos, depresión y otros trastornos psiquiátricos (Classen et al., 1998).

El trabajo de Lindemann, orientado al estudio del manejo psicológico de la pérdida, sentó las bases para la teoría de la crisis de Caplan, colega de Lindemann en el Hospital Boston Memorial (Caplan, 1967).

Con una orientación predominantemente clínica asociada a sus orígenes, a estos trabajos se les debe el concepto actual de estrés y trauma, la comprensión de su sintomatología, los efectos que causa en la bioquímica cerebral, en el organismo y en la conducta de las víctimas, así como la aplicación de los modelos de intervención en crisis, los primeros auxilios psicológicos, la terapia multimodal de crisis, etc.

También surge una corriente con énfasis en el componente psicosocial en Estados Unidos cuyo principal aporte estriba en reconocer que las respuestas de las personas en situaciones de desastres no son desorganizadas ni presentan profundos trastornos del comportamiento sino por el contrario, continúan siendo seres sociales aun en las condiciones más difíciles para su supervivencia. Esto nos ha permitido entender que las personas que atraviesan por situaciones de desastres son personas normales reaccionando de una manera esperada ante una situación inesperada.

Esta corriente se encargó de desarmar la falsa creencia de que el pánico es la conducta típica de las poblaciones, nos habla de la importancia de los niveles de organización social preexistentes y del grado de preparación previa para poder predecir la duración de la respuesta de la comunidad ante el desastre. Bajo este mismo enfoque se han desarrollado estudios que buscan explicar cómo la gente reacciona ante las alarmas y avisos de situaciones de emergencias, cómo se presenta el rumor y cómo manejar la información con la finalidad de neutralizarlo, orientar y tranquilizar a la población.

Esta escuela nos a permitido entender que las víctimas de una situación de emergencias o desastres no son solamente los que sufren alguna lesión física o la pérdida de algún bien sino por el contrario que el concepto de víctima es mas amplio y llega a extenderse a toda la comunidad.

Otro logro alcanzado por esta corriente es que ha permitido la materialización de técnicas basadas en la dinámica de grupos como las que se emplean en los procesos de desmovilización psicológica de los equipos de primera respuesta y que son conocidas como demobilizing, defusing y debriefing entre otras, así como las técnicas de ludoterapia para niños y de intervención en albergues temporales así como las estrategias de intervención psicosocial en el manejo del duelo en situaciones de emergencias y desastres.

Actualmente en todo el mundo se le presta una mayor atención a los efectos psicosociales de las emergencias y desastres así como también han ido proliferando los grupos de psicólogos que se interesan por intervenir en estas circunstancias formando parte de equipos de primera respuesta, organizando sociedades o grupos de intervención locales y creando redes nacionales de ayuda psicológica.

#### b) Décadas del 50 y 60.

En los Estados Unidos, después de la Segunda Guerra Mundial, el gobierno auspició la investigación por medio del National Academy of Sciences y el National Research Council. Este último fundó un Comité para Estudios sobre Desastres, como un organismo destinado a recolectar y seleccionar información. En 1957 fue reorganizado y nominado Grupo de Investigación en Desastres y la investigación se amplió para cubrir calamidades acaecidas en otros países (Quarantelli, 1999).

Janis presenta en 1954 un modelo explicativo del estrés desde la perspectiva de los desastres, este modelo consta de tres segmentos principales: el evento, la respuesta

psicológica individual a éste y las determinantes intrapsíquicas y situacionales de tales respuestas. Nos explica además que la forma en que una persona responde al evento desastroso depende de factores tales como las expectativas previamente formadas por los individuos en cuanto a las formas de evitar situaciones peligrosas, la cantidad y calidad de un entrenamiento previo que la persona haya recibido con respecto a estrategias defensivas y tácticas para afrontar el peligro, los niveles crónicos de ansiedad, intensidad de las necesidades de dependencias personales y por último la percepción por parte de la persona del rol que desempeña en la situación correspondiente (Valero, 1999).

Marks y Fritz manifiestan, en 1954, que existen sobrevivientes que tienden a mostrarse poco comunicativos y algunos llegan a presentar sentimientos de culpa por haber sobrevivido. Estos sentimientos de culpa han sido identificados como mecanismos de defensa de las personas ante situaciones de emergencias o desastres. Pueden llegar a ser muy dañinos e inclusive causar la muerte de las personas que los sienten, sin embargo se recomienda tolerarlos en un primer momento para evitar una descompensación psicológica mayor entre las víctimas sobrevivientes (Fritz, 1996).

Perry, Silber y Block entrevistan a los padres de niños que asistieron a una función cinematográfica y se convirtieron en víctimas del tornado de Vicksburg, Mississippi, en 1956, concluyendo que existen una serie de factores intrapsíquicos, familiares y de respuesta comunitaria. Los autores manifiestan presencia de síntomas clínicos que incluyen regresión, dependencia, enuresis, terror nocturno, fobias y reacciones de evitación ansiosa (Fritz, 1996; Nader y Pynoos, 1993).

El primer intento sistemático de estudiar las reacciones al impacto de un desastre lo realizó Tyhurst en Canadá en 1957, se afirma esto porque basó sus generalizaciones en

estudios de campo realizados en diferentes áreas como incendios ocurridos en bloques de departamentos, el incendio de un barco y diversas inundaciones; el método empleado fue de tipo prospectivo y longitudinal, que es el que con más frecuencia se sigue utilizando, siendo el objeto de estudio describir las reacciones comportamentales durante el impacto, la distribución de las frecuencias de respuesta y su intensidad (Nicolás, 1997).

Ya en 1951, en su publicación "Individual Reactions to Community Disaster", Tyhurst había manifestado que después de la fase de impacto psicológico durante el desastre se presenta otra de compensación en la cual la víctima supera el shock inicial y valora mejor la situación en la cual se encuentra; él es uno de los primeros investigadores que planteó modelos operacionales iniciales del comportamiento humano en situaciones de desastres. A través de esto se pudo ir conceptualizando las reacciones como un proceso, el autor propone y describe tres fases superpuestas: periodo de impacto, período de recuperación y período postraumático. Tyhurst publicó que durante la fase de impacto de los desastres naturales una relativa minoría, entre el 12% y el 25% de los individuos, es capaz de captar rápidamente los aspectos más importantes de la situación de peligro y permanecer "frío" y "contenido", manteniendo la atención, valorando la situación, desarrollado un plan y poniendo en marcha las acciones constructivas. Los líderes naturales que actuarán antes de la llegada de los equipos de rescate surgirán de este grupo. Un 75% igualmente normal, va a reaccionar transitoriamente con aturdimiento, sorpresa y desconcierto, sin expresar emociones, con poca capacidad de atención, limitación en la concentración, indecisión y falta de respuesta y con un comportamiento automático bloqueado o ausente (Steury y Parks, 2004).

Estos descubrimientos vienen a servir de base a los actuales principios de la Federación Internacional de la Cruz Roja, cuando nos dice que las comunidades no se quedan inmobilizadas esperando la ayuda sino que estas asumen su propia ayuda (Comité Internacional de la Cruz Roja, 1996).

Las investigaciones descriptivas van descubriendo posteriormente que las reacciones de las víctimas no son iguales durante el impacto del evento y posterior a este. En este sentido, Friedmann y Lynn, trabajando en 1957 con los sobrevivientes del hundido barco "Andrea Doria" describen que al tratar con víctimas de sucesos traumáticos se debe tener en cuenta sus diferentes respuestas a las fases de "choque inicial" y "recuperación" en una situación de desastre. Dos años después, Moore, Estill y Friedmann, en la publicación "Reported Emotional Stress Following a Disaster", igualmente describen este impacto emocional durante la fase de "choque" como un efecto "narcótico" que impide temporalmente que las personas asimilen el grado en que cambia su mundo y la posición que guardan en él (Valero, 1999).

Leighton se interesa por la variable social estudiando el grado de integración de la comunidad, manifestando en 1959 que ésta ejerce un efecto selectivo en los trastornos psicológicos y psicofisiológicos y que la desintegración de la misma antecede a la presencia de problemas psiquiátricos, dando inicio quizá sin proponérselo a la corriente sociológica (Caplan, 1967).

Quarantelli, basándose en los trabajos que se venían realizando en los Estados Unidos en la década del 50 sobre el comportamiento de las poblaciones en situaciones de desastres publica una obra clásica en 1959: "The Nature and Conditions of Panic". Se desmitifica la creencia de que el pánico es la conducta típica de la población y que por el

contrario en lugar de huir en desbandada, la gente tiende a congregarse, posteriormente en 1963 crea y dirige el Disaster Research Center en la Universidad Estatal de Ohio, dicho centro ha realizado a lo largo de los años descubrimientos que proceden de más de 500 estudios de campo; luego continua con sus investigaciones desde el Centro de Investigación para Desastres de la Universidad de Delaware (Quarantelli, 1999).

Charles Fritz, en su trabajo "Desastres y Salud Mental: Principios Terapéuticos Extraídos de los Estudios de Desastres", escrito en 1961 y no publicado sino 35 años después, manifiesta que las personas ante situaciones de desastre tienden a sentirse seguras al estar dentro de una muchedumbre y presentan un estado muy sugestionable pero que en casos más graves éstas pueden presentar "petrificaciones", alucinaciones y delirios (Fritz, 1996).

Popovic y Petrovic trabajan describiendo reacciones psicológicas adversas después del terremoto que se produjo en Skopje, Yugoslavia, el 26 de julio de 1963; de una población de 200,000 personas, 1,070 fallecieron, 3,300 resintieron daños y el 80% de las casas sufrieron deterioros. El Instituto de Salud Mental de Belgrado envió inmediatamente a un grupo de psiquiatras, el cual llegó al área afectada unas 22 horas después de acaecido el sismo, el grupo permaneció durante 5 días; los autores calcularon que inmediatamente después del sismo sólo 25% de la población fue capaz de prestar auxilio activo, casi el 75% presentó perturbaciones psiquiátricas leves y en promedio el 10% sufrió alteraciones mentales graves que obligaron a un tratamiento médico especial (Valero, 1999).

Anderson, siguiendo con la corriente social, define en 1968 los desastres en base a la reacción de la población afectada y a la amenaza que esta representa en la comunidad, afirmando que un desastre tiene consecuencias diferentes en el individuo, en la familia y

Mientras tanto en EEUU la Asociación de Psiquiatría Americana publicó en 1972 un manual sobre la ayuda psicológica en casos de desastre en el que describe conductas individuales que se puede observar en una situación de emergencia tales como las reacciones paralizantes, las reacciones normales y las reacciones hiperactivas (Valero, 2004).

Allen, en su trabajo de 1970 “Desastres en la Comunidad”, define a los desastres como situaciones de estrés colectivo que se presentan cuando muchos miembros de un sistema social no reciben las condiciones de vida que esperan de dicho sistema, y esta situación de estrés puede provenir de una fuente externa o interna del sistema social. Esta concepción mucho más amplia engloba como desastre no solo a aquellas circunstancias provenientes de medios externos como los desastres naturales, sino aquellas provenientes de medios internos como las guerras, los conflictos sociales, etc (Quarantelli, 1999).

Como consecuencia del terremoto de Managua, Nicaragua, en 1972, se crean 10 centros de Salud Mental comunitarios para los 300,000 refugiados del terremoto, al término del proyecto en febrero de 1974 más de 7,000 víctimas habían recibido algún tipo de servicio psiquiátrico de dichas clínicas gracias al esfuerzo de 31 profesionales de salud mental nicaragüenses y estadounidenses. Doce años después, Ahearn publica un estudio realizado entre 1969 a 1976 con relación a los ingresos en los servicios de psiquiatría después del sismo. En este trabajo se confirmó la hipótesis de que los individuos con antecedentes de alteraciones mentales son más vulnerables al stress consecutivo al terremoto; de igual forma concluye que existe una relación entre la desorganización social y la reducción del uso de los servicios de salud mental como parte de las consecuencias inmediatas de un terremoto, se considera que la medida en que

sobreviene el abatimiento económico y de la comunidad es una variable de mucha importancia en cuanto al grado de desequilibrio psicológico (Valero, 1999).

Jerí, en las conclusiones de su trabajo investigativo "Problemas de Conducta en los Desastres" presentado en el marco de la VII Conferencia Mundial de Defensa Civil celebrada en Caracas en 1974, describe las perturbaciones psicológicas observadas en la zona del terremoto de Huaraz, Perú, y la importancia de tratarlas rápidamente (Condori et al., 2002).

En Inglaterra, Kinston y Rosser opinan en 1974 sobre la necesidad de llevar trabajadores de salud mental rápidamente al área del desastre debido a que más del 10% de las víctimas sufren desórdenes psicológicos, confirmando la frecuencia de reacciones agudas de duelo o depresión, neurosis postraumática y disturbios transitorios emocionales en los niños (Condori et al., sup. cit.; Nicolás, 1997).

En 1974, en los Estados Unidos se promulga la Ley de Socorro en Casos de Desastres (Sección 413 de la Ley Publica 93-288), sentándose las bases para el desarrollo sistemático y organizado de este campo. Esta ley se promulgó en respuesta al reconocimiento de que los desastres producen una variedad de trastornos emocionales y mentales que, si no se tratan, pueden volverse crónicos e incapacitantes. Los programas de orientación en crisis financiados conforme a la Sección 413 están destinados a proporcionar alivio inmediato y a evitar los problemas a largo plazo (Steury y Parks, 2004).

Mileti y Sorensen, en sus artículos: "Natural Hazard Warning Systems in the United States: A Research Assessment" en 1975, "Planning and Implementing Warning Systems in Mental Health Response to Mass Emergencies: Theory and Practice" en 1988 y "La

Eficacia de los Sistemas de Alarma en América Latina" en 1989, exponen sobre cómo las personas responden a las alarmas y cuáles son los procesos psicológicos que se dan en estas circunstancias, cuáles son los principales mitos que tienden a confundir a las autoridades al momento de decidirse a dar la alerta y cuál es la mejor forma de redactar y difundir los mensajes (Valero, 1999).

Erikson, en 1976, llamó "segundo desastre" a las consecuencias de tipo emocional que se derivan de la desorganización social y física de una comunidad por la acción de un desastre natural; así, manifiesta que existen factores intrapsíquicos que están asociados al nivel de desarrollo de los niños, al nivel premórbido de la salud mental y que hay que tener presente que algunos niños son más vulnerables que otros (Figley, 1999).

Newman, trabajando con los sobrevivientes de la inundación de Buffalo Creek, específicamente con 224 niños, observó en 1976 que influía en sus reacciones la percepción de las mismas en los familiares y el grado de exposición a los horrores del evento; indicando que la herencia común que un desastre deja a muchos niños es el sentido modificado de la realidad, mayor vulnerabilidad a tensiones futuras y una idea alterada de sus capacidades, así como una conciencia precoz de la fragmentación y la profundidad (Valero, 1999). Titchener y Kapp, trabajando con 80 sujetos víctimas de la misma catástrofe, describen la presencia significativa de "neurosis traumática", cuadros clínicos, fobias y otras respuestas de ansiedad, disturbios del sueño y reacciones de pesar (Slaikeu, 1999).

En Israel se documentó a través de diversos estudios el incremento significativo de la ansiedad en niños después de la guerra del Yom Kippur. Muchos niños vivieron al borde de las comunidades que estuvieron expuestas a bombardeos por periodos prolongados,

sin embargo no exhibieron altos niveles de ansiedad comparados con los niños de comunidades que nunca estuvieron bajo fuego, posiblemente debido a la cohesión y el soporte social existente previamente en estas comunidades, tomándose la situación de bombardeo como parte del estilo de vida de estos niños. Se han realizado diversos trabajos con niños israelitas que se llegaron a encontrar en calidad de rehenes, en estos trabajos se indica que se debe tener presente la existencia de ciertos factores que se consideran predictivos de inevitables síndromes clínicos entre los cuales se incluyen la intensidad del estrés, la historia de estrés en los niños, el periodo de desarrollo del niño, el grado de manejo, control o actividad durante la captura. Raviv describe en 1983 la presencia de temor, pesadillas, fatiga, insomnio, reducida motivación para realizar los trabajos escolares, depresión, ansiedad y enuresis en niños que sufrieron el ataque terrorista del "Ma' Alot" en Israel en 1974 (Merari, 2000).

#### d) Década del 80.

Desde la década del 80 se presenta una tendencia a desarrollar estrategias de intervención psicológica en emergencias y desastres a nivel mundial. Es en este periodo que se da una propuesta de acción concertada a nivel europeo denominada "EuroActDis" cuyo objetivo específico es el de crear un grupo de trabajo formado por expertos que deseen desarrollar un corpus metodológico común para el estudio de las víctimas de los desastres (Nicolás, 1997).

Leonard publica en 1983 un artículo en la "Australian Family Physician" donde describe las reacciones durante un incendio forestal producido en febrero de 1983 en el

sur de Australia que alcanzó una extensión similar a la distancia entre Londres a Moscú. En este trabajo clasifica las reacciones psicológicas según la fase de pre-desastre, impacto, post impacto inmediato (durante la primera semana), post impacto intermedio (primeros seis meses) y largo termino (Valero, 1999).

Kemeny, Shaar, Levine y Baum realizan estudios sobre las repercusiones psicológicas en la población a causa del accidente nuclear en Three Mile Island, Pennsylvania, en 1979; encontrándose que la mayor parte de los problemas psicológicos surgieron entre las madres jóvenes, los trabajadores de la planta más jóvenes y aquellos que vivían en las inmediaciones (Slaikou, 1999).

Bellack publica en 1983 el "Manual de Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia" como una respuesta a la demanda de atender de manera rápida a las víctimas de situaciones de crisis basada en una orientación psicoanalítica pero de corte comunitario. El tratamiento es un intento para ayudar a la persona a obtener mejores recursos para enfrentar la realidad con los conflictos que existen entre éste y las fantasías y con introyecciones defectuosas. En esencia, la psicoterapia breve intensiva y de urgencia selecciona los síntomas principales más perturbadores y sus causas dentro de un marco amplio y después proporciona la conceptualización más clara probable de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias y suficientes, con una duración aproximada de cinco o seis sesiones (Bellack, 1999).

Trichopoulos, Katsouyami y Zavitsanos en su publicación de 1983 "Psychological Stress and Fatal Heart Attack: The Athens 1981 Earthquake Natural Experiment" sobre el terremoto de Grecia, describen un aumento de muertes debidas a causas cardíacas y externas en los días posteriores, mientras que no aumentaron las muertes por cáncer y

otras causas de muerte aumentaron mínimamente. El aumento de la mortalidad fue más evidente cuando se consideró la enfermedad cardíaca aterosclerótica una causa subyacente. En el mismo estudio, la tensión generada por el terremoto aumentó la probabilidad a corto plazo de enfermedad cardíaca fatal en un 50%, con pico tres días después del hecho. En esta publicación se pone de manifiesto lo que ya se venía sospechando que los niveles de tensión y ansiedad afectan los mecanismos de defensa del organismo y causan problemas orgánicos posteriores (Valero, 1999).

Entre los años 1984 a 1989, Weisaeth investiga en Noruega los efectos estresantes de un desastre industrial, el incendio en una planta de producción. Las conclusiones de estas investigaciones contribuyen al estudio riguroso de diversos factores como la distancia y el nivel de experiencia previa que intervienen en diversos tipos de desastres naturales y causados por el hombre y la ayuda psicológica y no solamente la asistencia física a las víctimas de estrés traumático (Nicolás, 1997).

El 19 de septiembre de 1985 la Ciudad de México sufre el impacto de un gran terremoto causando numerosas víctimas, como resultado de esto se desarrolla un programa de intervención en crisis con el propósito de ofrecer apoyo psicológico. La estrategia de la intervención consistía en facilitar la expresión verbal, favorecer la catarsis, ayudar a superar la negación, combatir el negativismo, tolerar el enojo, evitar la inactividad y ejercitar la imaginación en situaciones futuras (OPS, 2002). Hernández publica ese mismo año su trabajo denominado "El Cuidado de la Salud Mental de Menores en Situaciones de Desastre" basado en su experiencia en el terremoto antes mencionado, describe las diferentes conductas que se presentan en los niños víctimas de un desastre natural y presenta una estrategia de intervención en la cual manifiesta que

ésta debe apoyarse en la familia y en la consistencia, entendida esta como las reglas que impone el adulto en la educación del niño y su mantenimiento; así mismo indica que los tres aspectos más importantes que deben tomarse en cuenta al intervenir con niños en situaciones de crisis son: la estructura cognitiva, el apoyo y la seguridad en sí mismo. Un año después, Martínez y Parrilla realizan un análisis descriptivo de los relatos escritos de la población afectada por el sismo; lo interesante de este trabajo estriba en que los resultados obtenidos se fundamentan en el análisis cualitativo de las vivencias descritas por las personas afectadas. Desde una perspectiva psicofisiológica está el aporte de Ruvalcaba dos años después de la catástrofe, en su publicación "Stress Induced Cessation of Lactation" describe que después de haber sufrido la experiencia del terremoto, dos mujeres presentaron una suspensión brusca de la lactancia y excreción de calostro. Este mecanismo puede estar relacionado, explican los autores, con los efectos alfa y beta-adrenérgicos o de la oxitocina o de ambos en las mamas. Estas mujeres presentaron asimismo nerviosismo, anorexia e insomnio (Valero, 1999).

El 13 de Noviembre de 1985 el Volcán del Nevado de Ruiz en Colombia hizo erupción sepultando al poblado de Armero (Cardona, 1994). En Agosto de 1986 el Ministerio de Salud de Colombia con el asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud establecieron un programa de Atención Primaria en Salud Mental para Víctimas de Desastres (OPS, 2002). La Dra. Isa Fonnegra de Jaramillo, psicóloga de la Universidad Javeriana en Colombia, realiza un importante trabajo con pacientes terminales víctimas de la erupción (Cortés, 2003; Condori et al., 1985).

McFarlane describe en 1987 las reacciones de los niños al incendio forestal que afectara el sudeste de Australia, encontrando efectos significativos en los niños después de 8 meses del desastre; según el reporte de los padres y profesores predominaron en los niños cólera y síntomas fóbicos, según el estudio estos efectos también pueden persistir hasta 26 meses después del evento (Classen, 2001; Nader y Pynoos, 1993).

Pynoos describe en 1987 las reacciones emocionales de un grupo de niños que fueron atacados por un francotirador mientras jugaban en el recreo de una escuela primaria. Se encontraron reacciones tales como: problemas a la hora de dormir, hablar por la noche dormido, pesadillas, temor a la oscuridad y a dormir solo, dificultad para concentrarse y en la memoria, persistencia de imágenes confusas del trauma, desinterés, pesimismo en sus expectativas, incremento de la irritabilidad, estallidos de cólera y conductas agresivas (Nader y Pynoos, 1993).

Vengoechea y colaboradores realizan en 1989 un trabajo de investigación con los sobrevivientes de la tragedia de Armero en Colombia. En el trabajo se hace referencia al termino "Síndrome Cognoscitivo", el cual define como el fenómeno de perplejidad y confusión debido al masivo impacto sensorial que ocurre durante la fase de choque del desastre. Los pacientes muestran embotamiento de sus funciones cognoscitivas y afectivas, perplejidad, anhedonia e inclusive catatonía. En esta fase de impacto ocurren fenómenos psicobiológicos, los neurotransmisores cerebrales son afectados ante la inminencia de la muerte; la estimulación sensorial excesiva para el organismo puede causar alteraciones neuroquímicas cerebrales (Cortés, 2003).

Hodgkinson, en su publicación de 1989 "Technological Disaster-Survival and Bereavement", abre la polémica de la forma como impactan los desastres naturales y los

tecnológicos en la población. Al respecto describe sobre las diferencias observadas entre estos, indicando que el elemento de alarma previo al suceso con frecuencia no existe en el desastre tecnológico, haciendo difícil que pueda evitarse. Los peligros visibles inherentes a una catástrofe química, biológica o radioactiva pueden ser mínimos o inexistentes, sin embargo una vez que se producen pueden tener efectos extensos y persistentes, dejando tras de sí una prolongada sensación de pérdida e impotencia. Cuando el golpe y la destrucción son graves, el tiempo de resolución de los trastornos psicológicos es mucho más largo que el observado en las víctimas de un desastre natural (Nicolás, 1997).

En 1989 el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social de la República de Panamá, a través del Programa de Salud Mental, desarrolla el "Plan de Acción en Salud Mental para Situaciones de Desastres", siendo uno de los primeros para Centroamérica (Ministerio de Salud y Caja de Seguro Social, 2003).

#### e) Década del 90 al Presente.

Aptekar y Boore, en un artículo de 1990 denominado "The Emotional Effects of Children: A Review of the Literature", concluyen después de realizar una revisión de la literatura existente sobre los efectos emocionales en los niños frente a los desastres que estos van a depender de la naturaleza y extensión del desastre o del trauma sufrido, la influencia de la familia y de la comunidad, la resistencia o vulnerabilidad de los niños, los síntomas emocionales, su inicio y duración, el nivel de funcionamiento en el pre-desastre, las diferencias interculturales, el nivel de acercamiento psicoterapéutico y sus consideraciones metodológicas (Speier, 2000).

Diversas investigaciones de desastres y accidentes prueban documentalmente la importancia de la reacción rápida de las personas que se encuentran en la escena para salvar vidas. La evidencia muestra que el grado de formalización en estos grupos de búsqueda y rescate es mínimo. Inicialmente, la formación social primaria que cumple las actividades de búsqueda y rescate son las personas residentes en el vecindario del evento (OPS, 2002).

Lonigan y colaboradores estudiaron en 1991 las reacciones en niños damnificados del huracán "Hugo" en el norte de Charleston, Carolina del Sur, en septiembre de 1989. Realizaron un estudio con preadolescentes, adolescentes y adolescentes; tres meses después encontraron que en la mayoría de los estudiantes que tenían un buen rendimiento escolar éste tendió a decrecer después de la tormenta (March y Amaya, 1993).

Yule describe en 1992 las reacciones emocionales de los niños sobrevivientes al hundimiento del crucero "Júpiter" en Grecia, observando que los niños reconstruían aspectos relacionados al trauma mediante juegos de entierros en la arena (McNally et al., 2003).

González (1992) estudió el impacto psicológico de la invasión estadounidense a Panamá de 1989 en niños damnificados de 9 a 12 años del corregimiento del Chorrillo, encontrando niveles significativamente altos de inadaptación, temor y ansiedad, similares a los encontrados en niños expuestos a conflictos bélicos en otras partes del mundo.

En Inglaterra, Udwin, en su publicación de 1993 "Annotation: Children Reactions to Traumatic Events", reconoce que los niños que sufren o sobreviven a eventos traumáticos pueden sufrir Desordenes de Estrés Posttraumático, según ya se reconocía en el DSM-III-R. El grado de exposición al evento es una variable crítica; otras características

relevantes que se incluyen es si los niños fueron testigos de la muerte o daños sufridos por otros, si son separados de sus familias o amigos, el grado de ayuda recibido y el rol activo o pasivo por parte de los sobrevivientes durante y después del evento traumático (Nader y Pynoos, 1993).

Invar publica, tras estudiar el atentado terrorista perpetrado en julio de 1994 a la comunidad judía en Argentina, una serie de artículos relacionados a las estrategias de intervención psicológica en situaciones de crisis masivas y manejo del duelo. El autor llega a la conclusión que la adopción de algunos conceptos asociados al desarrollo de la "fortaleza psicológica" integrados en un modelo psico-educativo y terapéutico pueden ser útiles como intervención preventiva y postraumática. De acuerdo al autor, el desarrollo de ciertas características de personalidad está correlacionado e incluso podría explicar la capacidad de ciertos individuos de afrontar eventos existenciales estresantes (Cortés, 2003).

El 7 de agosto de 1996 en Huesca, España, se produce un alud que sepulta al camping "Las Nieves" causando 86 muertos y más de 100 heridos. A través de la televisión y la radio se hizo un llamamiento por parte de la organización que estaba afrontando el desastre para que acudiesen psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales en apoyo de los damnificados, respondiendo 19 profesionales de Madrid. El Colegio Oficial de Psicólogos de España crea en 1997 el Grupo de Trabajo de Intervención Psicológica en Desastres como consecuencia de la experiencia de lo ocurrido (Rodríguez, 1997).

En Argentina, como consecuencia de las explosiones ocurridas en la Fabrica Militar Río Tercero en Córdoba en noviembre de 1995, el Ministerio de Defensa y la Dirección de Emergencias Sanitarias de la Nación solicitaron asesoramiento y capacitación al

Departamento de Salud Mental del Hospital de Clínicas de Buenos Aires para que por intermedio de su Programa de Desastres y Trauma apoyaran a la población afectada. Los doctores Fahrner, Pecci, Gómez, Besozzi y Garzarón en 1997 realizan un trabajo de investigación basado en los criterios del DSM-IV para el TEPT. Los resultados muestran que las variables asociadas a la mayor exposición al riesgo como residencia cercana, daños a la vivienda o lesiones predicen mayor probabilidad de reacciones psicológicas importantes. En conclusión, convivir con el riesgo y la amenaza ambiental exige una clara planificación de intervenciones en salud mental y una constante actualización de conocimientos. Asimismo, capacitación actualizada para el personal de salud, los grupos de socorro, escuelas y otras instituciones para fortalecer redes de prevención, mitigación y rehabilitación (Valero, 1999).

El 11 de septiembre de 2001 sucede el atentado terrorista que derriba las Torres Gemelas del World Trade Center en Nueva York; ya existía el antecedente de un evento similar en su naturaleza en el atentado de Oklahoma City algunos años antes. En esta ocasión, cuatro aviones comerciales de pasajeros son secuestrados y dos de ellos son utilizados como misiles contra los rascacielos, otro fue dirigido contra el Pentágono y otro cayó a tierra cuando los pasajeros intentaron neutralizar a los secuestradores. Más de 9000 trabajadores de la salud mental acudieron en los días subsiguientes para responder a la necesidad de primeros auxilios psicológicos (McNally et al., 2003).

En Panamá, el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social redactan el Plan Nacional de Salud Mental (2003) y definen a los desplazados y víctimas de desastres como uno de los grupos poblacionales y víctimas de especial interés. Se sugieren en el plan algunas estrategias y acciones para el abordaje del tema:

En el ámbito promocional y de prevención:

- Contribuir con las instancias correspondientes en el diseño, implementación y evaluación de programas educativos directos, precisos y bien definidos para modificar actitudes, estereotipos y prejuicios de los trabajadores de socorro, dirigidos al personal de los organismos de atención a damnificados, la comunidad y los grupos cívicos, sociales o políticos.
- Contribuir técnicamente en conjunto con las instancias correspondientes en la vigilancia de los factores de riesgo emocionales de las comunidades vulnerables a desastres naturales

En el ámbito de la atención y rehabilitación:

- Asesorar técnicamente en el diseño de los Planes de Intervención para la ayuda emocional en los desastres incluyendo el triage, orientación en crisis, tratamiento psicológicos y debriefing (informe verbal de la misión) que permite el desahogo de las emociones de los trabajadores que participaron de la acción de rescate.
- Fomentar la inclusión dentro de los Planes Operativos de Desastres Programas de Atención de los trastornos mentales subsecuentes a los desastres y que afectan tanto a las víctimas directas como al equipo humano que acude para su atención (Protección Civil, Bomberos, Salud, otros)
- Capacitación en la formación de grupos de autoayuda de corta duración para la superación del estrés post-trauma.
- Investigación de los procesos emocionales que se presentan luego de los desastres para la implementación de programas más específicos a nuestra realidad.

Sin embargo, el asunto no está considerado entre los temas especiales que por su magnitud o trascendencia requieren de una atención prioritaria al momento de diseñar o desarrollar el plan de salud.

Este tema tampoco se encuentra entre los lineamientos prioritarios actuales en materia de investigación a nivel gubernamental (Ministerio De Salud, Instituto Conmemorativo Gorgas De Estudios De La Salud, Organización Panamericana De La Salud, 2000).

Unos días antes de finalizar este trabajo ocurre el atentado terrorista del 11 de marzo en Madrid. Se han iniciado ya algunos estudios y se han presentado algunos informes muy preliminares evaluando el despliegue de los dispositivos de intervención psicológica (Rodríguez et al., 2004).

## 2. Estrés y Trauma en el Personal de Rescate y Emergencias.

### a) Investigaciones Enfocadas en los Trabajadores de Primera Respuesta.

Lifton fue el primer investigador en hacer notar en su obra de 1967 "Survivors of Hiroshima: Death in Life", el impacto y deterioro psicológico de los integrantes de los equipos de primera respuesta que participaron después del bombardeo atómico en Hiroshima y los problemas psicológicos a largo plazo que se presentaron (Valero, 2001).

Sin embargo, es en las décadas del 80 y 90 que se estudia con mayor detenimiento el impacto psicológico en los equipos de primera respuesta que llegaron a ser llamados las víctimas ocultas de los desastres.

Frederick en su trabajo de 1981 denominado "Aircraft Accidents: Emergency Mental Health Problems" describe los problemas de salud mental que se presentan en el personal de emergencia que trabaja en accidentes aéreos (Valero, 1999).

Taylor y Frazer evalúan en 1987 el impacto emocional en 97 trabajadores que participaron en la recuperación e identificación de cuerpos de un accidente aéreo encontrando un 42% de gran estrés durante el primer mes y 23% aún presentando un alto índice de estrés 20 meses después. Entre 1982 a 1987 publican: "Psychological Sequelae of Operation Overdue Following the DC-10 Air Antarctica" y "The Stress of Post-Disaster Body Handling and Victim Identification Work". Con estas obras aportan significativamente a la clasificación de las víctimas, toda vez que hasta entonces se clasificaban según la intensidad de sus lesiones físicas, sin embargo se pasaba por alto a los familiares de las víctimas fallecidas o expectantes y a los propios trabajadores de los equipos de rescate que presentaban síntomas propios del estrés agudo o postraumático. Los autores tratan de aclarar este dilema clasificando a las víctimas en seis amplias categorías, dependiendo de su relación directa o indirecta con el desastre, de esta manera tenemos los siguientes:

- Víctimas de primer grado: aquellas que sufren el impacto directo del desastre.
- Víctimas de segundo grado: los familiares directos de las de primer grado.
- Víctimas de tercer grado: los integrantes de los equipos de primera respuesta.
- Víctimas de cuarto grado: la comunidad envuelta en el desastre.
- Víctimas de quinto grado: aquellas que se ven envueltas por conocer el suceso.
- Víctimas de sexto grado: aquellas que no se encontraban en el lugar del impacto del desastre por motivo de viaje (Condori et al., 2002).

Mitchell describe en su artículo de 1982 "The Psychological Impact of the Air Florida 90 Disaster on Fire-Rescue, Paramedic and Police Officer Personnel" el impacto psicológico del trabajo de rescate de víctimas de accidentes aéreos (McNally et al., 2003).

Wilkinson examina en 1983 la participación de 48 trabajadores de equipos de primera respuesta que habían participado en 102 desastres, encontrando que un 90% sufrían de recuerdos repetitivos del evento y un 20% estos recuerdos eran más severos y llegaban a interferir en su posterior desempeño, un 50% experimentaban complementariamente, fatiga, ansiedad o depresión (Valero, 1999).

Mientras trabajaba en el "Emergency Health Services Program" en Baltimore, Maryland, Mitchell publica una guía en 1983 en la cual expone la técnica de "debriefing" como estrategia de ayuda en la desmovilización psicológica para los equipos de primera respuesta, usando el término "Critical Incident Stress Debriefing" (CISD) para referirse a la aplicación de esta técnica, actualmente utilizada mundialmente (Van Emmerik et al., 2002).

Siguiendo esta línea de investigación psicofisiológica y dentro del campo del estudio del impacto de las emergencias en los equipos de primera respuesta están los trabajos de Lehman en 1983, quien en su publicación "Behavior of Free Plasma and Urine Catecholamines of Ambulance Men and Physicians During Medical Service" describe un índice de tensión cuatro veces mayor en personal de ambulancia expuesto a víctimas gravemente heridas y pacientes necesitados de reanimación; esto fue obtenido al medir catecolaminas libres en plasma y orina y niveles de lactato sanguíneo junto a un índice de valoración del grado de tensión. Esta desproporcionada respuesta de adrenalina puede ser un indicador de la tensión psicológica adicional observada en el personal de urgencia.

Los médicos presentaban una excreción de adrenalina urinaria y niveles de lactato sanguíneo mayores que el personal de ambulancia, los autores sugieren que esto puede ser consecuencia de la mayor responsabilidad de los médicos (Valero, 1999).

En diciembre de 1984 en Estados Unidos, la Federal Emergency Management Agency (FEMA) conjuntamente con el National Institute of Mental Health (NIMH) realizan una reunión de trabajo con la finalidad de analizar los problemas de estrés y el rol de los equipos de primera respuesta (Steury y Parks, 2004).

En 1991 la Asociación de Psicología Americana con la Cruz Roja Americana desarrollan un proyecto para dar ayuda y servicio psicológico a las víctimas y trabajadores en situaciones de desastres y desde 1992 aparecen asociaciones en 32 estados y provincias con el auspicio de la APA y la CRA (Gist, 2002).

Una investigación realizada por Valero en Perú en 1996 con los integrantes de los equipos de primera respuesta (bomberos, policías, Cruz Roja, Defensa Civil) ocho meses después del siniestro de un avión Faucett en Arequipa encontró que un 62% de los que participaron en la recuperación de los cuerpos presentaban pensamientos intrusivos durante la primera semana, cerca del 98% de los entrevistados manifestaron sentir que algo había cambiado en sus vidas y se sentían diferentes a como eran antes; incluso un voluntario de 19 años que quedo fuertemente impresionado terminó suicidándose meses después (Condori et al., 2002; Valero, 2001).

El 11 de septiembre de 2001 ocurre el atentado terrorista contra las Torres Gemelas del World Trade Center en Nueva York. Cuatro aviones comerciales de pasajeros son secuestrados y dos de ellos son utilizados como misiles contra los rascacielos, otro fue dirigido contra el Pentágono y otro cayó a tierra cuando los pasajeros intentaron

neutralizar a los secuestradores. De las más de tres mil personas que murieron, un alto porcentaje fueron trabajadores de rescate y atención a emergencias que realizaban labores de salvamento dentro de las torres cuando se desplomaron. Actualmente se llevan a cabo numerosos trabajos en relación al estrés de incidente crítico y postraumático de los sobrevivientes (McNally et al., 2003; OPS, 2002).

En España, la psicóloga María Dolores Rolle, del S.A.M.U.R. (Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate), informó a Europa Press el 17 de marzo del presente año que han comenzado a formar grupos que serán conducidos por psicólogos para la prevención del estrés postraumático entre los bomberos, policías y personal sanitario del servicio que intervinieron en las tareas de rescate tras los atentados del 11-M en Madrid. Según destacó, los síntomas más comunes que están apareciendo entre los compañeros que atendieron a las víctimas de los atentados en un primer momento son pesadillas, sueños recurrentes, 'flashback', imágenes de todo lo que han vivido, sensación de aislamiento y problemas digestivos. En concreto, las técnicas que están llevando a cabo un grupo de psicólogos consisten en "debriefings", que permiten dar a los profesionales con estos síntomas "un espacio en el que puedan expresar todo lo que han visto y vivido, para de esta manera reconducir esa experiencia". Por último, Rolle señaló que estas técnicas se están llevando a cabo para evitar que surjan otras patologías y añadió que se prevé que "los síntomas de estrés agudo cesen en una semana". Ya se han publicado informes preliminares sobre la acción de los equipos de primeros auxilios psicológicos (Rodríguez et al., 2004).

b) Estrés de Incidente Crítico.

Los miembros del personal de primera respuesta (bomberos, paramédicos, rescatistas, médicos, psicólogos, policías, personal de protección civil, voluntarios y otros) son víctimas ocultas que de alguna u otra forma se afectan ante una situación de emergencia o desastre.

El tipo de trabajo que realizan los expone a demandas extraordinarias de tiempo, a cambiantes escenarios y a emociones intensas por su tarea con personas en situaciones difíciles. Las labores cotidianas que lleva a cabo este personal implican una probabilidad significativamente mayor en comparación a la del promedio de la población de tener que presenciar muertes y excesivo dolor humano, sufrir accidente serio mientras está en acción, operar bajo condiciones muy adversas, lidiar con el fallo en la misión, etc.

Probablemente, a causa de las exigencias que soporta el personal de rescate y atención a emergencias, ellos tienden a auto-elegirse. Esto significa que los servicios de emergencia están formados mayormente por individuos que tienden hacia las tareas de crisis. Mucha gente no dura mucho en el trabajo de emergencias, cambian hacia otras carreras y áreas de trabajo. Parece ser que los que duran son un cierto tipo de personas: individuos rudos, adaptables, que trabajan continuamente salvando vidas y propiedades, generalmente bajo extrema presión.

Aún con el mejor entrenamiento disponible, estas personas no son seres sobrehumanos, inmunes al estrés, la tensión y la fatiga que acompaña al trabajo de crisis.

El término estrés fue definido por primera vez desde el punto de vista médico por el destacado investigador Hans Selye, en 1936; y lo definió como una respuesta biológica

inespecífica, estereotipada mediante cambios en el sistema nervioso, endocrino e inmunológico, lo cual él denominó síndrome general de adaptación. El término o su conceptualización ha sufrido notables modificaciones en todo este tiempo hasta el presente, incluso algunos autores vinculan al estrés con los síntomas ansiosos, al definirlo como una respuesta vivencial, fisiológica, conductual, cognitiva y afectiva, caracterizada por un estado de alerta, de activación generalizada (Fritz, 1996). La palabra estrés también se usa actualmente, y más bien de manera coloquial, para describir las presiones que la gente experimenta en las exigencias de su vida diaria.

En el trabajo relacionado con emergencias una de las características principales del estrés puede ser la acumulación progresiva de tensión causada por estas exigencias demasiado tiempo. Si el personal de emergencias no desarrolla su propio modo de manejar esta tensión general, pueden presentarse serios problemas como el burn-out y la fatiga de compasión.

El Estrés de Incidente Crítico (EIC) es el estado de tensión física y emocional que aparece como consecuencia de un hecho particular del tipo que enfrenta el personal de atención a emergencias debido a su trabajo y que conduce a diversos tipos de reacciones; el incidente presenta exigencias que superan la capacidad de respuesta del individuo, de tal modo que la persona encuentra extremadamente difícil salir adelante en un corto plazo. Esta condición, propia del trabajo de primera respuesta, puede producir una serie de reacciones físicas, emocionales, conductuales y cognitivas que potencialmente pueden interferir en las habilidades para actuar en el teatro de operaciones de forma inmediata, en el posterior retorno a la rutina laboral y familiar, o en la interacción con los superiores, los compañeros y las víctimas a las cuales tiene que atender. Cómo se maneja este tipo

de estrés varía de una persona a otra. Algunos lo manejan bastante bien y se ayudan con redes de apoyo, mientras otros se refugian en el cinismo y no les importan las consecuencias sobre ellos, sus familias y sus compañeros de trabajo (McNally et al., 2003).

Para el personal de emergencias en general hay una serie de eventos que pueden causar el malestar mental y físico asociados con la reacción del estrés por incidente crítico. Estos eventos incluyen operaciones abrumadoramente estresantes, ingreso en ambientes extremadamente peligrosos, desastres resultantes en múltiples víctimas, práctica de mutilaciones para salvar vidas, incidentes que involucran niños, agresiones físicas por extraños e incidentes inesperados y repentinos que amenacen la vida o el bienestar individual o del equipo de emergencias. Para los oficiales de policía, el estrés por un incidente crítico puede estar originado en una serie de hechos que incluyen heridas a oficiales amigos, tiroteos e incidentes que involucren a niños. Para los bomberos, a menudo se debe a la pérdida de vida o heridas sufridas por otros bomberos amigos. Los empleados de las ambulancias y el equipo médico de la sala de emergencias pueden estar afectados por situaciones en las que se pierde una vida, más que por una que se salva; asimismo, por incidentes en los que se ven abrumados por la exigencia a sus conocimientos, o en los que son víctima de asalto o agresión. Los socorristas suelen informar que tienen problemas como secuela de operaciones de búsqueda y rescate en las que la persona desaparecida no es encontrada con vida. Casi todos los auxiliares de emergencias son afectados por las operaciones largas y difíciles que ocasionan fatiga, y en las que hay un alto grado de incertidumbre por los resultados eventuales (Tunnecliffe, 1995).

poderosa barrera. Los sentimientos normales se suprimen o se apartan de la mente. A algunas personas los hacen actuar en forma a menudo inapropiada. Algunos ejemplos de tales respuestas son un consumo excesivo de alcohol, explosiones de ira, malhumor, creciente desinterés por su trabajo, y una apatía general hacia su familia y sus colegas (Victorian Government Department of Human Services, 1997).

De acuerdo al National Center for PTSD (USA), uno de cada tres socorristas llegan a presentar algunos o todos los síntomas de estrés que se mencionan a continuación:

- **Disociación:** sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de la realidad, sentirse aturdido, fuera de uno mismo, como en un sueño. No poder recordar aspectos importantes del trauma.
- **Reexperimentación del acontecimiento traumático:** recuerdos recurrentes e intrusos, pesadillas, flashbacks (revivir el acontecimiento).
- **Intento de evitar estímulos asociados al traumatismo:** esfuerzos para evitar caer en pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, situaciones, lugares o personas que recuerden el acontecimiento.
- **Disminución de la capacidad de respuesta al mundo exterior:** incapacidad de sentir emociones, especialmente las que hacen referencia a la intimidad, ternura y sexualidad. Sensación de alejamiento de los demás.
- **Aumento de la activación:** hipervigilancia, irritabilidad o ataques de ira y dificultades para conciliar o mantener el sueño.
- **Ansiedad significativa:** puede acompañarse de preocupación paralizante, impotencia extrema, obsesiones y/o compulsiones.

- Depresión marcada: baja autoestima, pérdida de la esperanza, motivaciones o de propósitos en la vida (OPS, 2002).

El personal de emergencia que se ve afectado por un incidente altamente estresante tiende a tener reacciones basadas en la forma en que ven el mundo, en términos de pasado, presente y futuro. El pasado se relaciona con la culpa que sienten algunas personas (por ejemplo: “Yo hubiera debido poder hacer algo”). El presente es afectado por el estrés que está experimentando, mientras que el futuro se relaciona con la preocupación o ansiedad que siente ante su desempeño futuro (Tunnecliffe, 1995).

- Reacciones de Culpa: para algunos auxiliares de emergencias, la consecuencia de verse involucrados en una operación es el sentimiento de culpa. Esto puede ocurrir especialmente si la operación concluye con pérdida de vidas. Vivimos en una sociedad que nos ha condicionado a creer que todo ocurre por alguna razón y nada ocurre por casualidad. Ellos pueden culparse cuando buscan una explicación ante una situación en la que se pierde una vida. Y esto da origen a sentimientos de culpa. La situación empeora cuando otros comienzan a cuestionar la forma en que se manejó una operación, particularmente aquellos que no estuvieron directamente involucrados en la operación. Hay gente que trabaja en emergencias que suele hacer preguntas retrospectivas tales como “¿por qué no hiciste...?”. Para algunos auxiliares tales preguntas dispararán reacciones de culpa, ya que a menudo son las preguntas que se callan aquellos individuos que se exigen excesivamente a sí mismos, a su competencia y a su nivel de efectividad. El sentimiento de culpa resultante causa una gran pérdida de energía, porque es un sentimiento que no puede cambiar la situación y usualmente empeora la situación de estrés del individuo.

- **Reacciones de Estrés:** los auxiliares de emergencias son personas “a cargo”, que controlan situaciones. Uno de los aspectos más estresantes de una operación es el sentimiento de inutilidad cuando las cosas se salen de control. El sentimiento de verse sobrepasado sobreviene cuando el individuo percibe que tiene poco control de una situación, y esto es extremadamente estresante, especialmente cuando hay una vida en juego. Las reacciones de estrés se experimentan en el ámbito físico y emocional. Las físicas pueden incluir tensión muscular, que se manifiesta en cuellos doloridos, dolores de cabeza, o aún en fuertes sensaciones de no poder relajar sus cuerpos. A menudo la gente nota cambios en el comportamiento en casa y en el trabajo. Estos incluyen poca concentración, cambios de humor, imposibilidad de estar tranquilo, dificultades para dormir, despertando a menudo o experimentando sueños perturbadores. Algunos individuos generalmente se sienten nerviosos o ansiosos sin razón aparente. Pueden sentirse impacientes, menos tolerantes, y a la expectativa de algo extraño o inusual. Las reacciones mentales ante el estrés experimentadas por los auxiliares de emergencias están relacionadas con los procesos de sus pensamientos y sus emociones. Esto puede ser un gran problema cuando un individuo no puede dejar de rumiar sobre un evento, operación, incidente, o sus consecuencias. Algunas personas se encuentran a sí mismas pensando acerca de la situación y preguntándose continuamente “¿qué tal si...?”. El estrés mental puede a menudo prolongarse por la intervención de la prensa, los procedimientos judiciales, funerales, investigaciones y por discusiones constantes con colegas de trabajo, familiares o amigos.

- **Reacciones de Temor:** otra reacción perturbadora que puede ser experimentada por el auxiliar es la tendencia a sentirse atemorizado y preocupado ante una repetición del incidente. La gente se siente asustada cuando su sentido personal de seguridad, bienestar o salud ha sido quebrantado. Muchos de estos auxiliares manejan bien tareas difíciles porque basan su confianza en una imagen personal de rudos, siempre aptos para manejar las cosas. Con respecto a los oficiales de policía esto se define como el “mito de John Wayne”. Puede ser perturbador para el individuo cuando encuentran que su mito personal no es real. Una herida recibida en cumplimiento del deber, muerte o grave herida a un colega, o aún una pérdida cercana, puede hacerlos cobrar conciencia de su mortalidad. A su vez puede tener un efecto frustrante en el individuo, haciéndolo cuestionarse sobre el grado de vulnerabilidad al que están expuestos. Algunas veces pueden llegar a sentir temor del sistema en el que trabajan, porque “falló” en brindarles la protección esperada. Los sentimientos de temor tienden a ser más fuertes cuando el auxiliar es la víctima. Toca un punto vulnerable el hecho de que... “esta vez no fue otra persona, esta vez me pasó a mí”. Es importante recordar que aunque estas reacciones pueden ser molestas y perturbadoras, son normales y no inesperadas. Todos somos humanos y, como tales, tendemos a reaccionar fuertemente ante situaciones en las cuales perdemos nuestro control. Sin embargo, a fin de hacer progresos en su estado, el auxiliar tiene que cambiar su situación, de ser una víctima a resultar un sobreviviente del evento.
- **Reacciones ante Situaciones Particularmente Difíciles:** como consecuencia de desastres e incidentes múltiples, siempre hay una serie de tareas estresantes encaradas por el personal de emergencias. Pueden incluir la identificación de

víctimas, que a veces es precedida por la recuperación del cuerpo. Mientras que siempre se debieron realizar tales actividades como consecuencia de guerra y desastres, es sólo en tiempos recientes que los investigadores han estudiado la forma en que tales tareas afectan al personal de emergencias. Los efectos sobre estos auxiliares tienden a ser fuertes reacciones emocionales o físicas. Algunas veces estos shocks emocionales aparecen durante o inmediatamente después de la operación, mientras que en otras situaciones pueden no aparecer hasta algunas horas, días o semanas después. Con la comprensión y el apoyo de los que lo rodean, y con el uso de programas como el “Manejo de Estrés de Incidente Crítico” (MEIC), las reacciones de estrés de un individuo generalmente desaparecen dentro de un período razonable. Ocasionalmente, la identificación de una víctima o la operación de rescate de un cuerpo pueden ser tan perturbadores que puede requerirse la asistencia de un consejero. Esto no implica debilidad, simplemente indica que las exigencias de una tarea particular fueron demasiado grandes para ser enfrentadas con los recursos con que se contaba en el momento.

Se ha visto que los auxiliares de emergencias se refugian en un cierto número de estrategias mentales como defensa contra los efectos estresantes de operaciones difíciles y luego de tales operaciones. Debe ser así, o de lo contrario los sujetos se ven pronto sobrepasados por las tareas que desarrollan. Algunas de estas técnicas son buenas estrategias positivas, mientras otras pueden ayudarles en el corto plazo, pero no a largo plazo. Los tipos de estrategias de defensa mental usadas pueden dividirse en dos grupos: estrategias de negación y estrategias de racionalización (Tunnecliffe, 1995).

- **Estrategias de Negación:** son técnicas que reducen el impacto visual y mental de un evento particularmente estresante. Las más comunes son evitar hablar de la situación, o convertirla en algo menos real aplicando el “humor negro”. Mientras que tales recursos son comunes y tienen algunos beneficios, su efectividad a largo plazo ha sido cuestionada. Algunas personas ven el uso constante de la estrategia de la negación como un fracaso para enfrentar adecuadamente el estrés grave. Otros van más allá, y sugieren que negar la situación lleva a comportamientos inadecuados que son contraproducentes (por ejemplo excesivo consumo de alcohol, problemas en el hogar, etc.). No hay un criterio unificado en este aspecto.
- **Estrategias de Racionalización:** son técnicas en las cuales el individuo encuentra alguna explicación mental para un incidente o evento estresante, para reducir el impacto del mismo. Las racionalizaciones más comunes provienen del sistema de creencias del individuo, o del conocimiento aplicado con alguna lógica a la situación. El propósito de la racionalización es explicar la situación, para que puedan poner las cosas en una perspectiva manejable y continuar con su trabajo. Es menos probable que un incidente racionalizado interfiera con las obligaciones del auxiliar, que uno que es difícil de explicar. Otra forma de racionalizar que puede tener éxito limitado es pensar... “pudo haber sido peor”. El buscar “escenarios peores” tiende a reducir la gravedad del incidente actual.

c) Estrés Traumático:

Es importante diferenciar el “estrés traumático” del “estrés de incidente crítico” ya que es fundamental en el caso del último que las intervenciones terapéuticas tengan por objetivo iniciar un proceso de recuperación que es llevado a cabo esencialmente por el propio individuo afectado. Sin embargo, hay reacciones más severas que no siguen este patrón, donde la recuperación espontánea o asistida no ocurre y pueden aparecer síntomas potencialmente incapacitantes a largo plazo. Estas reacciones son respuestas de “estrés traumático”.

El término “trauma” deriva del término griego para “herida” y desde hace mucho tiempo ha sido usado en ese sentido por la ciencia médica. Este concepto provee una útil distinción para clarificar el foco y límites del “estrés traumático” y del “estrés de incidente crítico”.

En psicología clínica y por consenso, definimos trauma como una situación donde el individuo se ve envuelto en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física; el individuo es testigo de un acontecimiento donde se producen muertes, heridos o existe una amenaza para la vida de otras personas; o bien el individuo conoce a través de un familiar o cualquiera otra persona cercana acontecimientos que implican muertes inesperadas o violentas, daño serio, peligro de muerte o heridas graves (American Psychiatric Association, 1994).

“Estrés de incidente crítico” es la respuesta que ocurre cuando el aparato psicológico ha sido puesto en tensión severa por un evento excepcionalmente intenso y necesita

asistencia considerable para recobrase apropiadamente, pero donde la capacidad de recuperación no ha sido afectada de manera significativa. “Estrés traumático” es la respuesta que ocurre cuando un evento excepcionalmente intenso ha afectado el aparato psicológico al punto de mermar significativamente la capacidad para recuperarse sin ayuda. Haciendo una analogía, el “estrés de incidente crítico” podría ser comparado con un esguince, que puede tener diversos rangos de severidad e incluso ser incapacitante; sin embargo, con descanso apropiado y orientación en cuanto a los cuidados necesarios, debe poder darse una recuperación sin ayuda especializada. El “estrés traumático” podría ser comparado con una fractura ósea, que necesita tratamiento intensivo para evitar que se repare de una manera inadecuada que luego causaría dificultades constantes y posible pérdida de funcionamiento (Victorian Government Department of Human Services, 1997).

Las implicaciones de esta distinción son que el “estrés traumático” requiere asistencia individual, intensiva, inmediata y por lo general de mayor duración. Los programas y técnicas orientados al manejo del “estrés de incidente crítico” pueden asistir en el proceso, mas no comprenden toda la ayuda profesional que hay que poner a disposición de quienes sufren “estrés traumático” para ayudar a su recuperación. En realidad, hay un continuo entre estas dos condiciones y, en algunos casos, hay presentes elementos de las dos. La consideración más importante es evitar una definición simplista del problema y evaluar cuidadosamente las necesidades del personal afectado (Victorian Government Department of Human Services, sup. cit.).

Los criterios diagnósticos para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) según el DSM-IV son los siguientes (American Psychiatric Association, 1994):

- A) La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
1. La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
  2. La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos. En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
- B) El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:
1. Recuerdos de acontecimientos recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
  2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que produce malestar. En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
  3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones o alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse)
  4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C) Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas.
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
  2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
  3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
  4. Reducción acusada del interés o de la participación en actividades significativas.
  5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
  6. Restricción de la vida afectiva (por ejemplo: incapacidad para tener sentimientos de amor)
  7. Sensación de un futuro desolador (por ejemplo: no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)
- D) Síntomas persistentes de aumento de la actividad arousal (ausente antes del trauma), tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:
1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
  2. Irritabilidad o ataques de ira.
  3. Dificultad para concentrarse.

4. Hipervigilancia.

5. Respuestas exageradas de sobresalto.

E) Estas alteraciones (síntomas en criterios B, C y D) se prolongan más de 1 mes.

F) Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Se especifica si es *agudo*, si los síntomas duran menos de tres meses, o si es *crónico*, si los síntomas duran tres meses o más. También se especifica si es *de inicio demorado*, o sea si entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo seis meses.

Cuando se cumplen los anteriores criterios a excepción del E, o sea que se presenta el cuadro antes de un mes, entonces se habla de un Trastorno por Estrés Agudo (TEA). Se mantiene este diagnóstico si el cuadro se resuelve antes del mes, si sobrepasa ese plazo entonces se cambia el diagnóstico a TEPT.

Experimentar un evento traumático grave no es raro. A lo largo de la vida, más de la mitad de la población estará expuesta al tipo de situaciones que pueden producir un TEPT. Afortunadamente, muy pocos llegarán a desarrollarlo (Greist et al., 2000). Los estudios basados en la comunidad revelan que la prevalencia global del TEPT oscila entre el 1% y el 14%, explicándose esta variabilidad por los criterios diagnósticos empleados y el tipo de población objeto de estudio. En estudios sobre individuos en riesgo pueden encontrarse cifras de prevalencia que van del 3% al 58% (American Psychiatric Association, 1994).

El concepto de "vulnerabilidad universal", desarrollado por Jeffrey Mitchell, sostiene que no existe ningún tipo de entrenamiento o preparación previa que pueda eliminar completamente la posibilidad de que una persona que trabaja con víctimas primarias, sea afectada por el TEPT. Las personas que realizan este tipo de trabajo, ya sea por largo tiempo o por una sola experiencia, son vulnerables por las situaciones vividas (OPS, 2002).

### 3. Manejo de Estrés de Incidente Crítico.

#### a) Principios Generales.

Si no se les presta atención, el impacto de los incidentes críticos puede implicar efectos adversos a largo plazo en el personal y los equipos de trabajo. Estos efectos pueden incluir la pérdida o reducción de la eficiencia, confianza o competencia; incluso desilusión con el trabajo y eventualmente abandono del empleo. Vivir con estos síntomas disminuye la calidad de vida del sujeto y puede destruir la satisfacción que el mismo sienta por su carrera. Un ejemplo de cómo el personal en ocupaciones de alto nivel de estrés puede continuar trabajando a pesar de que esté experimentando reacciones significativas lo brinda un estudio realizado por Robinson en 1993 en Australia que encontró que el 65% de los conductores de un servicio gubernamental de ambulancias reportaba reacciones traumáticas resultantes de su trabajo, mientras que un 17% reportaba

respuestas intensas e intrusivas (Victorian Government Department of Human Services, 1997).

Hasta ahora no se ha logrado establecer científicamente una línea base del nivel de intensidad sintomática en personal de primera respuesta. La evidencia anecdótica indica que el impacto y el costo del trabajo puede ser alto y una proporción significativa del personal de primera respuesta ha sido o está siendo afectado por el mismo. Una estructura organizacional con redes de personal proveyendo sobre la marcha apoyo, debriefing y consejería tras incidentes serios juega un papel crucial a la hora de evitar estos problemas (Paton, 2003).

El término “Manejo de Estrés de Incidente Crítico” (MEIC) es utilizado para definir un conjunto de medidas que se inician con un incidente y se valen de protocolos y procedimientos preestablecidos para asegurarse que todos los aspectos de las necesidades del personal al respecto sean satisfechas. A grandes rasgos, incluye (McNally, 2003):

- Consideración de la notificación inicial y la activación
- Manejo del incidente y del personal
- Provisión de sesiones de desactivación tan pronto sea posible
- Establecimiento de una red de apoyo
- Articular sesiones de debriefing cuando sea requerido
- Provisión de toda la información relevante al personal acerca del incidente

El esquema general del MEIC implica respaldo personal. Esto incluye relaciones sociales informales, estructuras directivas, disposiciones de supervisión de personal, apoyo administrativo y la provisión de ayuda especializada. El proceso de resolución de un incidente serio necesita ser integrado dentro de este esquema (Steury y Parks, 2004).

El debriefing y otras intervenciones son iniciados por la estructura directiva; ellos deben ser considerados como una parte especializada del proceso general de apoyo al personal y su papel no debe considerarse un intento por realizar una intervención auto-contenida.

Es también importante entender el rol que juegan las estrategias de defensa mental para manejar el estrés en el momento del incidente crítico. Éstas son adaptativas en el escenario de operaciones y frecuentemente son cruciales para que los miembros del personal mantengan un sentido de auto valía y confianza en su habilidad para sobrevivir en la tarea. Por lo tanto, es necesario asegurarse de que no haya interferencia con las estrategias de defensa mental bajo el pretexto de brindar algún tipo de asistencia. Es incluso factible que los supervisores hagan los arreglos para respaldar estas estrategias. Si bien es cierto que será necesario abandonar estas estrategias para comenzar a asimilar la experiencia y enfrentar algunas de las cuestiones que emergen debido al incidente, es necesario que esto ocurra de acuerdo al ritmo de los propios sujetos (Van Emmerik et al., 2002).

Algunas estrategias que son muy adaptativas durante el incidente y que permiten el buen funcionamiento del sujeto pueden ser la causa de futuros problemas. Por ejemplo, desconectarse de las emociones, mantenerse activo para detener los pensamientos y el evitar pensar en las consecuencias son una base inadecuada para lograr una asimilación de la experiencia. Es importante que la persona reciba asistencia para renunciar a estas estrategias en una situación segura y controlada donde se les brinde ayuda para comprometerse en otras estrategias más apropiadas que le asistan en la tarea de lograr una recuperación a largo plazo. El debriefing es un medio para llevar a cabo esta tarea.

Hay ciertos componentes del MEIC que son esenciales para que se de un apoyo efectivo al personal. Estos componentes se pueden dividir en:

- Pre-incidente
- Durante el incidente
- Post-incidente

Las estrategias pre-incidente pueden incluir (Paton, 2003):

- El compromiso organizacional, la aceptación de los principios de MEIC y el lugar en el que se llevaran a cabo el debriefing e intervenciones asociadas necesitan ser establecidos antes del incidente.
- Es necesario educar al personal en MEIC, debriefing y en el contexto normal de las intervenciones.
- Entrenar al cuerpo directivo en los principios administrativos del MEIC asegura que reconozcan el estrés de incidente crítico y que puedan ser capaces de manejar los aspectos relacionados con el estrés del personal con éxito.
- Definir las disposiciones para activación y evaluación del incidente también es necesario, se deben hacer arreglos para contactar personal profesional entrenado en debriefing que sea adecuado y que esté disponible, ya sea dentro o fuera de la organización.
- El debriefing debe ocurrir dentro de una línea de tiempo que reconoce que el personal y las instituciones continúan lidiando con un incidente serio durante un tiempo considerable después de que haya finalizado el evento, y que el debriefing es tan solo el inicio de este proceso. Sesiones adicionales pueden ser necesarias y

pueden emerger una diversidad de necesidades. Este proceso necesita ser manejado con una serie de medidas y procedimientos apropiados.

El trauma del estrés de incidente crítico puede ser minimizado durante el incidente a través de (OPS, 2002):

- Limitar la duración del incidente cuando sea posible mediante la reducción de la incertidumbre, pérdida de control o desorganización de las estructuras de manejo y toma de decisiones.
- Manejar la partida de los miembros del personal de la escena, o la salida del trabajo al final del día o del turno, mediante el seguimiento de los principios de la desmovilización y la desactivación.
- Restablecer en el mayor grado posible el funcionamiento individual de los miembros del personal en cuanto a roles, responsabilidades, toma de decisiones y contactos familiares.
- Reasumir tanta normalidad como sea posible tan pronto sea apropiado para proveer estructura y familiaridad; no obstante, hay que adaptar las expectativas a las necesidades del momento.
- Proveer información para asegurarse que el personal comprende el evento, por qué ocurrió, cuáles son sus efectos, y que se requerirá de ellos a continuación.
- Reconstituir redes de apoyo social y emocional del personal afectado, de ser necesario.
- Confirmar el derecho del personal a sentirse afectado por el incidente, a presentar síntomas y a utilizar el apoyo y los recursos disponibles.

- Proveer información acerca del MEIC y de las acciones que serán tomadas por la estructura directiva.
- Sensibilizar a los sistemas de apoyo dentro de la organización sobre las necesidades del personal afectado.
- Convenir un sistema de recuperación que continúe monitoreando las necesidades del personal.

Uno de los elementos centrales en la fase post-incidente es el apoyo social<sup>1</sup>. El apoyo social puede ser definido como un sentimiento de identificación con los otros que permite al individuo sentir que no lleva solo la carga de la experiencia del incidente crítico. El apoyo implica un sentimiento de pertenencia, comprensión, empatía y aceptación.

El apoyo social es reconocido como uno de los más importantes factores protectores contra el impacto del estrés en casi cualquier circunstancia. Es menos probable que las personas sufran síntomas físicos o emocionales producto del estrés si reciben apoyo social apropiado y a tiempo. Es importante que los directivos y cualquier otro personal responsable entiendan la naturaleza del apoyo social y la mejor manera de proveerlo.

Cierto número de elementos pueden ser descritos como la base de un sistema de apoyo social adecuado (Victorian Government Department of Human Services, 1997):

- Identificación entre el personal afectado y otros miembros del sistema de apoyo.
- Designación de que tiene este personal en común como base para el proceso de identificación.
- Establecimiento de canales de comunicación dentro del grupo de apoyo para asegurarse de que conocen las actitudes de cada uno ante el asunto.

- Definición de los límites del grupo de apoyo para asegurar que hay claridad en cuanto a quienes el personal afectado puede o tiene el derecho de solicitar o esperar apoyo, y para cuidarse contra la implicación de quienes no son requeridos.

El apoyo necesita ser provisto a través del sistema en diferentes grados de acuerdo al nivel de cercanía con el personal implicado. Este apoyo necesita ser provisto desde todos los niveles, y los directivos necesitan demostrar su apoyo, aunque de maneras más simbólicas que los compañeros inmediatos de los miembros del personal implicados.

En cuanto a la forma de brindar el apoyo social, es importante que el mismo sea sentido como útil. Los siguientes puntos han sido encontrados efectivos a la hora de proveer este tipo de ayuda (OPS, 2002):

- Inicie el apoyo de inmediato y continúe indefinidamente hasta que el personal afectado haya resuelto el incidente.
- Hable a las personas afectadas acerca del evento y sus repercusiones, no acerca de reacciones personales o sentimientos hasta que esto sea ofrecido.
- Demuestre solidaridad y exprese valoración, afirmación y aprecio con sus compañeros en vez de simpatía directa, a menos de que ellos forman parte del sistema de apoyo íntimo. El fracaso en mantener este límite tiende a hacer sentir al miembro del personal ahogado o invadido.
- Haga cosas para estar con la persona afectada (por ejemplo, invítela a un café), pero también sea sensible a su necesidad de estar solo.
- Informe a otros miembros sobre lo que ocurrió para que la misma historia no tenga que ser repetida infinitamente y así su compañero esté protegido contra comentarios sin tacto.

- Provea ayuda práctica para responsabilidades rutinarias que frecuentemente son difíciles de llevar a cabo cuando se sufre de estrés de incidente crítico.
- Acuerde reuniones con el grupo afectado que el incidente y sus respuestas están oficialmente reconocidas y respaldadas.
- Invite a otros equipos o instituciones a dar expresiones de apoyo si la magnitud de la situación lo requiere (por ejemplo: cartas, tarjetas, arreglos florales, etc.).
- Provea información y actualizaciones sobre temas importantes sin esperar a que le pregunten.
- Corte de raíz rumores, búsquedas de chivos expiatorios, divisiones y similares y proteja a las personas afectadas de la sobre-exposición.
- Respete sistemas de apoyo diferentes (por ejemplo: personales, profesionales, familiares, espirituales, etc.) y preserve esos límites.
- Legitimise reacciones, síntomas y necesidades.

Se puede llevar a cabo un gran trabajo para prevenir o minimizar el desarrollo del estrés de incidente crítico antes de que ocurra un incidente (Victorian Government Department of Human Services, 1997):

- Todos los factores que contribuyen a un buen ambiente de trabajo y satisfacción en el mismo previenen el estrés. Satisfacción laboral, buenas relaciones entre los compañeros, tareas con significado, buena comunicación entre la jefatura y el personal, moral alta, buen apoyo social y valoración de los esfuerzos de los trabajadores crean un ambiente en el que el estrés puede ser bien manejado.

- El rol de un entrenamiento adecuado y supervisión regular crean la oportunidad para que se compartan las responsabilidades y para que el personal sienta que está siendo apoyado por la organización en sus actividades.
- La educación acerca del estrés de incidente crítico antes del evento asegura que el personal está en capacidad de reconocer signos tempranos y de tomar las acciones apropiadas. Factores importantes en la producción del estrés son la incertidumbre y la ansiedad que acompañan a los síntomas que no son bien comprendidos. Folletos que describan información básica y estrategias son una parte importante de esto.
- La práctica directiva eficiente implica líneas claras de responsabilidad, respaldo de la alta dirección y la oportunidad de dar y recibir retroalimentación. Esto ayuda al personal a ver sus acciones y experiencias en un contexto que establece límites a su responsabilidad y les permite sentir que son parte de un sistema que apoyará sus esfuerzos.

**b) Modalidades de Intervención.**

**Cuando ha ocurrido un incidente, las tareas inmediatas son asegurar:**

- Que las necesidades físicas y emocionales del personal sean satisfechas.
- Que el sentido de seguridad se restablezca a través de la vuelta a la rutina y normalidad que sea posible bajo las circunstancias.

- Que el factor estresante central que provoca el alto grado de activación sea discutido para permitir a los implicados el retorno a un nivel de actividad más estable y normal.

La jefatura necesita demostrar la terminación de las circunstancias anormales asociadas con el incidente e iniciar el proceso de recuperación. En el periodo entre la terminación del incidente y el final del turno de trabajo se debe hacer una reunión para asistir al personal a encargarse del proceso (Steury y Parks, 2004).

Es importante enfatizar que la jefatura debe estar entrenada para entender las necesidades del personal tras los incidentes críticos y como apoyarlos. La educación pre-incidente y el entrenamiento se deben estructurar en aras de estabilizar y limitar los periodos de trastorno. También pueden establecer una actitud constructiva frente al estrés antes de que una defensividad natural lo esconda tras un juego de mecanismos que aseguran el funcionamiento inmediato a expensas del ajuste a largo plazo. Estas actividades son una precondition para beneficiarse de cualquier intervención posterior (Tunnecliffe, 1995).

Es importante que la jefatura reaccione inmediatamente después del incidente y se asegure que el personal recibe atención tan pronto como sea posible. Las necesidades del personal de sesiones de desactivación y debriefing deben ser evaluadas como prioridad inicial. Cualquier demora en estos servicios es probable que resulte en problemas de estrés en caso de incidentes críticos agudos.

Hay tres tipos de intervenciones dirigidas a dar apoyo al personal (Victorian Government Department of Human Services, 1997):

- **Desmovilización:** tiene por objetivo ayudar al personal a hacer la transición de un estado de alta activación asociado al incidente a un estado más normal. No se intenta explorar o analizar la experiencia misma. Es un encuentro estructurado conducido por un miembro del personal o supervisor que no haya sido afectado directamente por el incidente. Se busca: restaurar el funcionamiento de la estructura organizacional, aclarar las circunstancias del evento, evaluar las necesidades del personal, demostrar interés y apoyo y planear para el futuro inmediato. El encuentro puede ser corto, de 15 a 30 minutos, o en algunas circunstancias puede durar hasta una hora si el personal necesita desahogarse o bajar el nivel de activación. Este procedimiento debe ser llevado a cabo después de cualquier incidente serio o significativamente disruptivo. El hecho de que la jefatura esté pendiente de las necesidades y las respuestas del personal proveen un apoyo muy tangible en estas situaciones. El encuentro debe darse cuando el incidente ha concluido y antes de que el personal abandone la escena o termine el turno de trabajo.
- **Desactivación:** este procedimiento está dirigido a terminar al incidente psicológicamente, llevar la experiencia del incidente a una conclusión, dar la oportunidad para expresar preocupaciones inmediatas y aclarar qué es posible en relación a los eventos o acciones implicadas. Consiste en una sesión estructurada que busca intervenir antes de que los procesos del estrés de incidente crítico se establezcan y proveer un marco de trabajo en el cual se pueda dar la recuperación. La intervención está diseñada para ser de carácter informal y brindar respuestas a los sujetos acerca de la situación, se provee tiempo para reflexionar y la

oportunidad para hablar acerca de lo que pasa por la mente del personal; se trata ahora de los estados de las personas más que del mismo evento. Es prematuro intentar ser exhaustivo, sistemático o definitivo en esta etapa aún temprana. La desactivación se conduce cuando el incidente es particularmente estresante, complejo o prolongado, y cuando hay riesgo de estrés traumático. También se debe realizar cuando va a haber un periodo de descanso significativo (fin de semana, cambio de turno) antes de que se pueda ofrecer apoyo ulterior, o cuando se necesita evaluar a los miembros del personal. Si el incidente o las reacciones son inusuales, es importante asegurarse que se han comprendido los detalles del evento y aclarar la conducta de aquellos involucrados antes de que abandonen el lugar de trabajo. Este tipo de sesiones también deben ser llevadas a cabo si hay problemas asociados con la jefatura, y cuando es poco probable que haya apoyo emocional disponible o la capacidad para brindarlo ha sido mermada. En estos casos, el estrés frecuentemente es generado por las ambigüedades que el personal siente acerca de su conducta, o las razones por las que se desarrollan los eventos. Un profesional entrenado puede proveer asistencia cuando la severidad de los síntomas inmediatos del estrés requieren información, asesoría o apoyo individual.

- **Debriefing:** es un proceso para ayudar a las personas a que utilicen sus habilidades para sobreponerse a los efectos de incidentes críticos a través de: formar una idea clara de los eventos, inventariar los pensamientos y reacciones que han experimentado, identificar síntomas de estrés de incidente crítico actuales o probables, proveer información acerca de las reacciones de estrés normales

frente a experiencias anormales, ayudar a desplegar estrategias de resolución de problemas y apoyar necesidades personales. Este tipo de intervenciones son preventivas y están diseñadas para reducir la probabilidad de que aparezcan síntomas y para estimular una recuperación auto-dirigida tras el incidente; se asume que los participantes son trabajadores normales y funcionales quienes han sido capaces de manejar sus vidas sin asistencia profesional y que continuarán haciéndolo tras el incidente; se promueve el apoyo grupal y la integración personal de la experiencia. Estos procedimientos también proveen una oportunidad importante para la evaluación e identificación temprana del personal que pueda necesitar tratamiento individualizado para dificultades psicológicas específicas. Es importante señalar que el debriefing se define como un procedimiento operativo normal para manejar incidentes críticos y no implica ningún tipo de incapacidad, debilidad o inconveniente en los trabajadores. Este tipo de intervención no se enfoca en las emociones o la historia personal del personal, aunque estas son reconocidas y manejadas cuando surgen; tampoco está diseñado para llenar los requerimientos de una terapia individual o grupal. El debriefing se administra más tarde que una desactivación (idealmente 12-72 horas después del incidente) cuando el personal se ha recuperado lo suficiente, ha comenzado a asimilar la experiencia, y presenta un rango de reacciones y respuestas que deben ser comprendidas. Es importante que la jefatura considere la estructuración de los grupos en que se administrará la intervención, ya que la misma debe proveer a los participantes una oportunidad de tener una visión integral del suceso y toda la información posible para que así puedan juzgar su

contribución y aprender. Se debe incluir información acerca de recuperación, estrés y auto-cuidado y debe ser llevado a cabo por un profesional entrenado en este tipo de procedimientos.

Algunos individuos encuentran que diferentes aspectos de la situación cobran prominencia más tarde y que otros tópicos necesitan ser resueltos tras el debriefing. Algunas respuestas al estrés se desarrollan después de algún tiempo y necesitan ser comprendidas desde esa perspectiva. Algunos grupos también tienen que volverse a ver para completar el trabajo o para integrar los efectos de la primera sesión, que puede haber cambiado sustancialmente su perspectiva.

Consideraciones similares aplican a la provisión del seguimiento tras la sesión inicial. Debe ser en un momento que permita procesamiento adicional del incidente, pero antes de que los problemas se instalen. Las siguientes sesiones muy probablemente se enfoquen en temas más amplios que fueron activados por el incidente y pueden tener que ver con cambios de actitud o satisfacción laboral.

Las sesiones de seguimiento pueden consistir en sesiones de debriefing adicionales que se enfoquen en nuevos aspectos del incidente o reacciones de estrés. Sin embargo, teniendo en cuenta que es común que los incidentes críticos activan problemas de índole personal, frecuentemente son requeridas sesiones de consejería a corto plazo para prevenir dificultades adicionales. Algunas veces esto puede ayudar a identificar otras necesidades y facilitar la referencia a la asistencia apropiada. La disponibilidad del seguimiento debe ser vista como parte del sistema de apoyo y los principios al respecto deben ser aprobados desde el inicio (Victorian Government Department of Human Services, 1997).

#### 4. Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento (ECA).

##### a) Los Modelos de Afrontamiento y Psico-Educacional.

El término “Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento” hace referencia a una serie de importantes criterios subyacentes. Uno de los más importantes es que la enseñanza de estrategias de afrontamiento eficaces es una meta terapéutica más adecuada y realista para los psicoterapeutas que la eliminación completa de los problemas psicológicos de los pacientes. Aunque esta última meta parezca obviamente inalcanzable cuando se formula de una manera tan explícita, no deja de ser por ello menos deseable en el campo de la salud mental. Se ha denominado este acercamiento como de “dominio” en oposición al modelo de “afrontamiento” de la intervención psicológica. Al desarrollar la intervención en el marco del modelo de “afrontamiento” en lugar del de “dominio”, se la incorpora a una importante corriente dentro de la terapia cognitivo-conductual, una corriente encaminada a enseñar al cliente estrategias generales que pueden ser aplicadas no solo a sus problemas actuales sino también a aquellas dificultades que puedan surgir en el futuro, entrenando por lo tanto al cliente para ser su propio consejero (Sank y Shaffer, 1993).

La intervención también se identifica con otra importante corriente dentro de la terapia cognitivo-conductual: el acercamiento “psico-educacional” en la prestación de servicios de salud mental. Lo más sobresaliente del modelo psico-educacional es que los clientes

podrían ser instruidos en una variedad de competencias de afrontamiento con el fin de poder abordar una serie de problemas presentes y futuros; además de su oposición al modelo “médico” tradicional de psicopatología y psicoterapia. Los defensores del modelo psico-educacional contemplan su función en términos de la enseñanza de actitudes y competencias personales e interpersonales que el individuo puede aplicar para resolver problemas psicológicos presentes y futuros y para optimizar su satisfacción vital. En muchas maneras, el rol del psicoterapeuta que trabaja con el modelo psico-educacional es análogo al de un profesor. Los clientes en psicoterapia psico-educacional son contemplados y tratados como estudiantes capaces de aprender y aplicar las competencias enseñadas y no como pacientes cuyos síntomas necesitan ser retirados por un experto sanador. Lo que diferencia al psicoterapeuta que enseña competencias de afrontamiento del típico profesor es, por supuesto, la naturaleza afectiva-conductual-interpersonal de lo que enseña (Beck, 1995).

#### b) Orígenes en la Terapia Cognitivo-Conductual.

La historia real del acercamiento mediante estrategias de afrontamiento comienza con el rápido desarrollo que tiene lugar a partir de los años 50 de dos sistemas de psicoterapia a partir de los cuales creció el entrenamiento en competencias de afrontamiento: la terapia cognitiva y la terapia conductual. No obstante, la idea básica que subyace al modelo de ECA se remonta a Freud y a su creencia de que la conducta inadaptativa es en la mayoría de los casos un resultado de experiencias vitales o aprendizajes pasados. Freud también describió, en alguna ocasión, al terapeuta como un educador afirmando

que el paciente debía ser educable; ahora bien, su visión de la naturaleza del proceso de aprendizaje y de los modos mediante los que se podía re-enseñar al paciente nuevas maneras de funcionar difieren drásticamente de la visión mantenida por los terapeutas cognitivo-conductuales (Sank y Shaffer, 1993).

Se señala a Carl Rogers como la primera figura importante que hizo que los terapeutas comenzaran a abandonar el modelo médico, que venía dominando en el campo de la psicoterapia desde Freud. La insistencia de Rogers de referirse a las personas en terapia como “clientes” en lugar de “pacientes” fue un aspecto de esa nueva visión. Además, Rogers puso el énfasis en dos ideas esenciales para el modelo de competencias de afrontamiento en la terapia cognitivo-conductual. Primero, Rogers pensaba que era contraproducente intentar establecer todas las conexiones entre los problemas actuales del cliente y su pasado, desde su punto de vista, resulta más importante dirigir la atención hacia problemas y actitudes actuales. Segundo, Rogers pensaba que los clientes tienen la capacidad de auto-dirigirse y de abordar constructivamente sus problemas. Por supuesto, esta es una de las principales asunciones del modelo de competencias de afrontamiento. Los terapeutas de competencias de afrontamiento difieren con Rogers respecto a cuál es la mejor manera de ayudar a los clientes a abordar de una manera constructiva sus problemas. Para Rogers, la función más importante del terapeuta es proporcionar un ambiente interpersonal en el cual el cliente pueda comenzar a experimentar su propia sensación de valía y significancia. Dentro de este ambiente los clientes pueden, mediante la expresión verbal, comenzar a lograr un entendimiento acerca de la naturaleza de sus problemas. Bajo estas condiciones, Rogers pensaba que la propia capacidad de crecimiento de los clientes era desbloqueada y ellos podían en efecto convertirse en sus

propios terapeutas. Ahora bien, para el terapeuta de competencias de afrontamiento, la mejor manera de ayudar al cliente a crecer y convertirse en su propio consejero es concederle una comprensión y competencia en el empleo de técnicas específicas y eficaces que le permitan cambiar su conducta (Sarason y Sarason, 1996).

Tanto la terapia cognitivo-conductual como el entrenamiento en competencias de afrontamiento surgieron cuando Albert Ellis y Aaron Beck comenzaron a contemplar los procesos cognitivos de los clientes y la identificación de tales procesos como un aspecto crucial para el progreso terapéutico. Ellis denominó su sistema como Terapia Racional Emotiva (TRE) y Beck denominó su modelo Terapia Cognitiva (TC), aunque hoy en día al hablar de terapia cognitiva como categoría sin ser específico en cuanto al autor generalmente las suele incluir a las dos y a varios enfoques nuevos que se basan en las mismas (Ellis, 1999; Beck, 1995).

Las ideas de ambas formas pioneras constituyen la base del componente de reestructuración cognitiva inherente al programa de competencias de afrontamiento que se utiliza en este estudio. En un sentido más amplio, el término terapia cognitiva abarca no solo técnicas como la reestructuración cognitiva (técnicas que intentan descubrir y cambiar las cogniciones asociadas al malestar psicológico o al comportamiento inadaptable) sino también técnicas como la resolución de problemas (Becoña, 1999; Carrasco, 1999).

Debido a que la terapia de conducta estaba siendo desarrollada en esa época, la TRE y la TC emplearon muchas de sus técnicas (por ejemplo: tareas para casa, ensayos conductuales, etc.), de modo que éstas se convirtieron en parte del armazón tanto de la terapia conductual como del entrenamiento en competencias de afrontamiento. La terapia

“cognitivo-conductual” combina las técnicas cognitivas con técnicas más conductuales como el entrenamiento en relajación, el entrenamiento asertivo y las técnicas de auto-control mediante auto-registros y auto-reforzamiento (Cruzado et al., 1999).

Desde un comienzo, la TRE de Ellis reflejaba un acercamiento mediante ECA, debido a que Ellis recalca los aspectos educacionales de su enfoque; por ejemplo: enseñando a los clientes competencias de auto-ayuda que ellos pudieran aplicar para resolver sus propios problemas (Ellis, 1999).

Beck también ha acentuado la importancia del modelo de ECA, incluyendo el empleo del enfoque psico-educacional, en lo que respecta a la capacidad de los clientes para ser sus propios terapeutas, y ha proporcionado a los clientes competencias que ellos podían emplear para resolver tanto problemas presentes como futuros (Beck, 1995).

Los defensores de otras variaciones de la terapia cognitiva también han contemplado sus técnicas como competencias de afrontamiento que convenía enseñar a los clientes. Así por ejemplo, Goldfried y Goldfried han señalado que el objetivo de su “reestructuración sistemática racional” era enseñar esta técnica al cliente mismo, de manera que una vez que termina el tratamiento, pueda afrontar por sí solo situaciones perturbadoras (Becoña, 1999).

Por otro lado, aunque las raíces de la terapia conductual puedan remontarse a autores innovadores como Pavlov, Thorndike y Watson, su desarrollo fundamental comenzó en los años 50 con el trabajo de Skinner, Lindsley, Wolpe y Lazarus. Ahora bien, a diferencia de Beck y Ellis, el acercamiento de los primeros terapeutas de conducta no cabe dentro del modelo psico-educacional o de competencias de afrontamiento; se adoptó una nueva teoría y nuevos métodos de tratamiento para personas con problemas, pero en

términos del método de prestación de servicios (diagnóstico y prescripción de orientación individual) generalmente se continuó con el modelo médico tradicional (Sank y Shaffer, 1993).

Cautela fue uno de los primeros en defender que los terapeutas conductuales debían enseñar a los clientes competencias activas que pudieran aplicar ampliamente. En palabras de este autor: “hasta hoy el terapeuta conductual no ha intentado, de modo alguno, hacer que el individuo sea menos susceptible al desarrollo de comportamientos inadaptativos en el futuro; tampoco le ha proporcionado medios que le permitan eliminar cualquier comportamiento inadaptativo sin recurrir a la ayuda del terapeuta. A grandes rasgos, podemos decir, que el terapeuta conductual se ha concentrado exclusivamente en la retirada del comportamiento inadaptativo presente en el individuo que llega a tratamiento” (Sank y Shaffer, 1993).

A pesar de todo, la terapia conductual inicial presentaba una serie de características que apuntaban a la dirección del modelo psico-educacional e competencias de afrontamiento. Entre estas, estaba la idea de los terapeutas conductuales de que la “psicopatología” era el resultado de un aprendizaje erróneo. Para el terapeuta conductual, los problemas psicológicos del cliente son debidos a que, o bien la persona no ha conseguido aprender el comportamiento necesario o ha aprendido hábitos ineficaces o inadaptativos. El terapeuta conductual contemplaba de esta forma al cliente como un aprendiz a quien se debía enseñar comportamientos nuevos y más adaptativos mediante el empleo de técnicas que provenían de principios de aprendizaje derivados experimentalmente. El objetivo del terapeuta conductual era, en suma, proporcionar al cliente nuevas experiencias de aprendizaje (Cruzado et al., 1999).

Una segunda característica de la primera terapia conductual, que parece adelantar un acercamiento psico-educacional, fue el empleo extenso de instrucciones detalladas y de ánimo en el curso de la terapia (Beck, 1995). Esto es similar al acercamiento de los terapeutas cognitivo-conductuales y contrasta con los acercamientos psicodinámicos.

Una tercera característica fue la creencia de que resultaba una pérdida de tiempo para terapeuta y cliente intentar restablecer todas las conexiones posibles entre sus actuales problemas y su historia pasada; no porque esas conexiones no existan sino que, en opinión del terapeuta conductual, estos acontecimientos pasados ya no sirven para mantener el comportamiento inadaptativo. Los terapeutas de la conducta estaban firmemente convencidos de que su tiempo estaba mejor empleado si intentaban ayudar a los clientes a adquirir formas de comportamiento nuevas y más exitosas (Cruzado, 1999).

Hacia finales de los años 70 se hizo aparente un importante cambio dentro del acercamiento de los terapeutas conductuales, desde respuestas discretas y específicas de cada situación y procedimientos específicos de un problema hacia una preocupación por competencias de afrontamiento que puedan ser aplicadas a lo largo de diferentes modalidades de respuesta de situaciones y de problemas. Así por ejemplo, en lugar de contemplar la desensibilización sistemática como un procedimiento terapéutico diseñado para contracondicionar por separado cada uno de los temores del cliente, uno puede contemplarlo como una instancia en la que el cliente aprende un nuevo marco de competencias de afrontamiento que pueden ser aplicadas a lo largo de diversas situaciones problemáticas (Sank y Schaffer, 1993).

¿Por qué y a qué se debió este cambio? Varios nombres de autores relevantes podrían ser mencionados aquí. Por ejemplo, Kanfer y Phillips desarrollaron a mediados de los

años 60 lo que ellos denominaron “terapia de instigación”, un acercamiento en el que el terapeuta actúa como un instigador o motivador con el fin de ayudar al cliente a comenzar un programa de cambio, pero en el que la responsabilidad de llevar a cabo el programa es trasladada al cliente (Cruzado et al., 1999).

Alrededor de esta misma época, Cautela escribió acerca de un proceso que el denominó “sensibilización encubierta”, una forma de terapia aversiva mediante imaginación. La ventaja de la sensibilización encubierta era que podía ser enseñada al cliente, quien podía más tarde utilizarla fuera del ámbito de las sesiones terapéuticas a modo de procedimiento de auto-control. En 1969, este autor recomendó que los terapeutas avanzaran en la dirección de enseñar competencias de auto-ayuda a los clientes, Cautela también defendió una versión de auto-control de la desensibilización según la cual al cliente se le enseñaba cuidadosamente los procedimientos requeridos y se le pedía que practicara en casa. En este año otros autores también sugirieron que los terapeutas se involucraran más en la enseñanza de competencias que pudieran ser generalizadas. Se sugirió, por ejemplo, que tal vez fuera mejor enseñar a los clientes o bien estrategias generales para controlar problemas de conducta o bien competencias para la resolución de problemas, en lugar de tratar problemas o síntomas específicos (Raich, 1999).

¿Cuáles fueron las razones para este cambio en el objeto de interés, desde un acercamiento en el que el terapeuta intentaba asumir un control total de su cliente a otro en el que los clientes eran instruidos en competencias que podrían utilizar para resolver por sí solos sus problemas? Una razón puede haber sido las limitaciones de los métodos tradicionales, especialmente debido al hecho de que los resultados a menudo no podían

generalizarse desde la conducta o situación tratada hacia otros problemas en la vida del cliente (Sarason y Sarason, 1996).

Un incremento en el interés por la prevención puede haber contribuido a este cambio. Tanto Cautela, Goldfried y Merbaun y Meichenbaum recomendaron que los clientes fueran instruidos en competencias activas y generalizables en aras de la salud mental preventiva. Las medidas preventivas en el campo de la salud mental son por definición básicamente psico-educacionales, al requerir que los clientes sean instruidos en formas de abordar futuros problemas en lugar de ser únicamente tratados los que presentan. Por otro lado, llegados a este momento también existía una creciente conciencia según la cual no se disponía de suficientes proveedores de servicios psicoterapéuticos como para atender el total de las necesidades. Para ayudar a resolver este problema, se sugirió que las personas habrían de ser entrenadas para realizar su propia aplicación de los principios establecidos por los psicólogos. El entrenamiento en competencias de afrontamiento conlleva el potencial de “maximizar los efectos preventivos, reducir las múltiples reacciones de ansiedad y minimizar la duración de los tratamientos”. La tendencia hacia una psicoterapia breve, acercamiento que ha recibido un gran apoyo empírico, también proporciona un mayor sustento para este acercamiento (Sank y Schaffer, 1993).

La evidencia experimental indica que las personas pueden ser entrenadas a actuar como sus propios agentes para el cambio. Beck ha manifestado que los psicoterapeutas han infravalorado durante demasiado tiempo a sus clientes y que deben hacer un mejor uso de las habilidades de estos (Beck, 1985).

El interés creciente de los terapeutas conductuales por el entrenamiento en competencias de afrontamiento también coincide con una revisión del marco de

referencia que tienen estos terapeutas permitiendo la entrada de factores cognitivos. Una figura importante en este sentido fue Bandura, quien ayudó a proporcionar los fundamentos teóricos para el interés de los conductistas en los factores cognitivos, de auto-control y auto-dirección (Cruzado, 1999).

Resulta importante señalar que también existen ciertos factores en contra de la adopción de un acercamiento psico-educacional o de competencias de afrontamiento. Muchos terapeutas tienen dificultades a la hora de abandonar los roles familiares asociados al modelo médico. Estos son roles que han conferido al psicoterapeuta una considerable cantidad de prestigio y poder.

#### c) Variedad de Técnicas y Efectividad.

Hacia mediados de los 70 se observó una tendencia hacia el desarrollo de unidades modulares en el entrenamiento psico-educacional en competencias, según la cual cada módulo estaba destinado a enseñar una técnica de competencias de afrontamiento diferente. Así por ejemplo, en 1969 Cautela propuso enseñar a los clientes cinco competencias de afrontamiento o auto-control: relajación, desensibilización, detención del pensamiento, sensibilización encubierta y asertividad. En su capítulo sobre los métodos de auto-manejo del libro "Cómo Ayudar al Cambio en Psicoterapia", Kanfer incluye las técnicas de manejo de la ansiedad, sensibilización auto-dirigida y reestructuración sistemática racional, recomendando también el empleo de herramientas auxiliares como contratos, tareas para casa y auto-registros (Sank y Schaffer, 1993).

En 1977 Meichenbaum redactó una lista de lo que él consideraba como “ciertos componentes comunes del tratamiento” subyacentes a los diversos programas de competencias de afrontamiento. Estas características comunes incluían: resolución de problemas, reestructuración cognitiva, entrenamiento en relajación, auto-descubrimiento guiado, modelado, ensayo conductual, tareas conductuales guiadas y el empleo de una presentación didáctica. Este movimiento hacia la enseñanza de una combinación de técnicas fue una respuesta ante la toma de conciencia de la complejidad inherente al proceso de afrontamiento (Muñoz y Larroy, 1999).

Aunque comenzaran como psicoterapias individuales tanto la terapia cognitiva como la terapia conductual han hecho un amplio uso de los grupos; incluso al principio del entrenamiento en competencias de afrontamiento los grupos parecen haber constituido más una regla que una excepción. Por supuesto que todas las terapias de grupo comparten ventajas en cuanto a los costes económicos y que permiten mostrar a los clientes que no son los únicos que tienen problemas. Ellis (1999) ha enumerado varias ventajas adicionales al formato grupal para la terapia cognitivo-conductual. La primera parece derivarse de la naturaleza educacional o didáctica de la terapia cognitivo-conductual y del hecho de que las explicaciones e instrucciones son más fácilmente dadas a los clientes en un formato grupal. La segunda ventaja es que, dado que la terapia cognitivo-conductual requiere que el cliente tome conciencia de sus cogniciones inadaptativas, el terapeuta puede ser ayudado por comentarios y sugerencias de otros miembros del grupo. Por último, ciertas técnicas conductuales auxiliares utilizadas en la terapia cognitivo-conductual, como el ensayo conductual y la toma de riesgos, requieren el formato de grupo.

El entrenamiento en asertividad, que constituye uno de los componentes de los grupos de competencias de afrontamiento que utilizaremos en este estudio, es un elemento común en la terapia conductual, la terapia cognitivo-conductual y en los programas de competencias de afrontamiento. Hay buenas razones para preferir el entrenamiento en asertividad en grupo frente a las sesiones individuales: los fundamentos teóricos y los ejemplos proporcionados por otros miembros del grupo favorecen la asertividad de sus derechos; el grupo proporciona una oportunidad para la exhibición de comportamientos agresivos y no-asertivos, y se proporciona la oportunidad para practicar respuestas asertivas con diferentes personas (Gil y García, 1999).

Meichenbaum sostenía que la reestructuración cognitiva en grupo era tan eficaz como el tratamiento individual y que facilitaba la promoción del cambio conductual. Las razones para esto eran, en opinión de Meichenbaum, que en el tratamiento grupal los clientes podían beneficiarse del debate generado dentro del grupo acerca de sus estilos erróneos de pensamiento y auto-afirmaciones falsas, así como por la discusión grupal de pensamientos y comportamientos incompatibles que estos pueden emplear para reducir la ansiedad y cambiar su comportamiento (Carrasco, 1999).

Un estudio realizado por Brown en 1980 también arrojó resultados prometedores, ya que es uno de los pocos estudios existentes que trata el tema de la efectividad de un amplio programa de entrenamiento en competencias de afrontamiento. En este estudio, realizado en un centro comunitario de salud mental, los sujetos fueron 40 pacientes previamente hospitalizados, asignados aleatoriamente o bien a un programa de entrenamiento en competencias de afrontamiento o bien a un grupo control que recibía counseling. Cada tratamiento duraba un total de 30 horas. El programa de competencias

de afrontamiento incluía: relajación progresiva, manejo de ansiedad, entrenamiento en habilidades sociales y asertividad, y entrenamiento en procedimientos de auto-reforzamiento. El grupo de tratamiento mediante counseling estuvo dedicado a analizar los problemas relativos a la ansiedad y las relaciones interpersonales. Los resultados de este estudio indicaron que los sujetos participantes en el programa registraban niveles significativamente menores y niveles significativamente mayores de asertividad en la etapa de post-tratamiento y en el seguimiento efectuado a los tres meses, en comparación con los sujetos pertenecientes al grupo control. Se encontró evidencia de que los cambios tenían relevancia clínica, ya que un porcentaje significativamente mayor de los sujetos del grupo experimental arrojaban puntuaciones similares a las de un grupo control “normal” en escalas de ansiedad y asertividad en ambos contactos post-entrenamiento, a diferencia de los sujetos pertenecientes al grupo control (Sank y Schaffer, 1993).

Una de las características más importantes del tratamiento mediante competencias de afrontamiento es que enseña a los clientes estrategias que ellos pueden utilizar para resolver sus problemas independientemente. El programa de entrenamiento en competencias de afrontamiento ayuda, especialmente si incluye un módulo de reestructuración cognitiva, a los clientes a comprender las bases de muchos de sus problemas, y también les proporciona herramientas específicas para abordar los problemas y reducir su ansiedad o depresión. Beck señala lo diferente que es este acercamiento a los métodos psicoterapéuticos tradicionales en los que el cliente era guiado a creer que él no podía ayudarse a sí mismo y debía buscar la ayuda de un sanador profesional cuando se enfrentaba a trastornos relacionados con problemas de la vida diaria. En el acercamiento tradicional, los clientes pueden perder la confianza en su

habilidad para comprender y resolver sus problemas por sí solos, creyendo consecuentemente que estos problemas son el resultado de “fuerzas misteriosas” más allá de su control (Beck, 1985).

Esta cuestión de la “auto-eficacia”, como fue etiquetada por Bandura, resulta extremadamente importante a la hora de tratar la depresión. Los estudios sobre la indefensión aprendida sugieren, por ejemplo, que la depresión puede estar asociada al sentimiento de que uno no tiene control sobre la situación; que las fuentes de dolor y la gratificación están más allá del dolor de uno (Beck, 1995). Si la analogía con la indefensión aprendida es correcta, entonces un proceso psicoterapéutico que ayuda a los clientes a adquirir competencias susceptibles de ser utilizadas para ganar un mayor control sobre estas áreas problemáticas de su vida resultará extremadamente valioso.

Bandura pensó que el concepto cognitivo de auto-eficacia también jugaba un importante papel en el tratamiento de sujetos fóbicos, ya que las expectativas de auto-eficacia del cliente eran el elemento clave en sus intentos por afrontar situaciones generadoras de ansiedad (Cruzado, 1999). En este sentido, es conocido que los individuos tienen más probabilidades de tener éxito en la resolución de problemas si poseen confianza en su capacidad de hacerlo.

Otra posible razón para la efectividad del entrenamiento en competencias de afrontamiento yace en la paradoja de que cuando una persona evita ciertos problemas, lo que suele hacer es prolongarlos e intensificarlos. Así por ejemplo, una persona que siempre evita acontecimientos sociales porque le producen demasiada ansiedad nunca podrá tener ocasión de superar su temor; es por esto que resulta extremadamente difícil extinguir por esta razón las respuestas de evitación. Por lo tanto, los terapeutas de

competencias de afrontamiento ofrecen una alternativa a la evitación, el afrontamiento directo, junto a las competencias necesarias para afrontar con éxito las situaciones, y por lo tanto pueden ayudar al individuo a romper este círculo. El entrenamiento en competencias de afrontamiento intenta ayudar a los clientes a asumir el control de sus vidas. Existe una investigación realizada por Patterson en 1973, que apunta que en el acercamiento tradicional los resultados terapéuticos disminuyen a medida que disminuyen los contactos con el terapeuta. En la terapia tradicional existen límites muy reales relativos a cuanto tiempo puede trabajar un terapeuta con un cliente particular, y acerca del número de áreas problemáticas que pueden cubrirse. Ahora bien, la aproximación mediante entrenamiento en competencias de afrontamiento puede proporcionar a los clientes técnicas psicoterapéuticas que ellos podrán utilizar indefinidamente, y en cualquier área que quieran de su vida, sin necesidad de un contacto profesional continuado o apreciado (Sank y Schaffer, 1993).

## METODOLOGÍA

### 1. Problema de Investigación.

#### a) Planteamiento del Problema.

¿Contribuye el Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento a que los trabajadores de rescate y atención a emergencias del Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) manejen el estrés propio de su trabajo de una manera más efectiva?

#### b) Objetivo General.

Evaluar la efectividad de un Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento para proveer al personal de rescate y atención a emergencias del SINAPROC con las habilidades que les ayuden a manejar el estrés.

**c) Objetivos Específicos.**

- Medir en una muestra de trabajadores de rescate y atención a emergencias del SINAPROC los niveles pre y post-tratamiento de dimensiones asociadas al estrés de incidente crítico y postraumático.
- Entrenar a un grupo de trabajadores de rescate y atención a emergencias del SINAPROC en competencias de afrontamiento de estrés.
- Determinar si el Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento contribuye a un manejo más efectivo del estrés propio del trabajo de rescate y atención a emergencias del personal del SINAPROC.

**d) Preguntas de Investigación.**

- ¿Qué tantos síntomas asociados a estrés postraumático experimentan los trabajadores de rescate y atención a emergencias del SINAPROC?
- ¿Cuál es la intensidad de los síntomas asociados a estrés postraumático que experimentan los trabajadores de rescate y atención a emergencias del SINAPROC?
- ¿Qué grado de ansiedad (rasgo y estado) experimentan los trabajadores de rescate y atención a emergencias del SINAPROC?
- ¿Qué grado de depresión experimentan los trabajadores de rescate y atención a emergencias del SINAPROC?

- ¿Cuál es el nivel de satisfacción con tareas que requieren compasión de los trabajadores de rescate y atención a emergencias del SINAPROC?
- ¿Cuánto es el riesgo de burn-out de los trabajadores de rescate y atención a emergencias del SINAPROC?
- ¿Cuál es el nivel de fatiga de compasión de los trabajadores de rescate y atención a emergencias del SINAPROC?
- ¿Hay un cambio en los niveles de las variables mencionadas anteriormente en un grupo de trabajadores de rescate y atención a emergencias del SINAPROC tras un Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento?

e) Justificación.

La investigación proyecta contribuir de manera significativa y práctica con la administración estatal en materia de salud y seguridad pública debido a que actualmente no se cuenta con un plan de acción estructurado para cubrir esta necesidad de tan importante sector profesional. Además, en materia de Psicología de Emergencias y Desastres estamos muy poco preparados en nuestro país.

## 2. Tipo de Estudio.

Se trata de un estudio explicativo sobre los efectos de una intervención terapéutica debido a que se analiza la relación entre una variable independiente y varias dependientes además de los efectos causales de la primera sobre las segundas (Hernández et al., 1998).

## 3. Hipótesis Conceptual.

El personal de rescate y atención a emergencias del SINAPROC participante en el Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento registrará en la etapa de post-tratamiento niveles significativamente menores de síntomas asociados a estrés postraumático, depresión, ansiedad, fatiga de compasión y riesgo de burn-out, y niveles significativamente mayores de satisfacción con tareas que requieren compasión, en comparación con los sujetos pertenecientes al grupo control

### a) Identificación de las Variables.

Las variables de nuestro estudio están constituidas por:

- **Variable Independiente:** Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento (ECA)
- **Variables Dependientes:** Presencia y Severidad de los Síntomas Asociados a Estrés Postraumático, Depresión, Ansiedad-Estado, Ansiedad-Rasgo, Satisfacción

con Tareas que Requieren Compasión, Fatiga de Compasión y Riesgo de Burn-Out.

b) Definición Conceptual de las Variables.

“Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento” se definirá aquí como una intervención orientada a la capacitación en las técnicas de manejo del estrés que enseña a los clientes estrategias que ellos pueden utilizar para resolver sus problemas independientemente; se trabaja en el plano preventivo a través de la reducción de la vulnerabilidad (Sank y Shaffer, 1993).

“Presencia y Severidad de los Síntomas Asociados a Estrés Postraumático” se definirá aquí como la presencia e intensidad de las alteraciones clínicamente significativos que presenta el paciente en relación directa con y producto de algún evento traumático y que son criterios diagnósticos estandarizados del trastorno mencionado. Dichos síntomas aparecen definidos en los criterios diagnósticos B, C y D para el Trastorno de Estrés Postraumático en el DSM-IV y son los siguientes:

B) El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

1. Recueidos de acontecimientos recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones. En los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.

2. Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento que produce malestar.  
En los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
3. El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones o alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse)
4. Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
5. Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.

C) Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres o más de los siguientes síntomas.

1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
3. Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma.
4. Reducción acusada del interés o de la participación en actividades significativas.
5. Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
6. Restricción de la vida afectiva (ej.: incapacidad para tener sentimientos de amor)

7. Sensación de un futuro desolador (ej.: no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal)

D) Síntomas persistentes de aumento de la actividad arousal (ausente antes del trauma), tal y como indican dos o más de los siguientes síntomas:

1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
2. Irritabilidad o ataques de ira.
3. Dificultad para concentrarse.
4. Hipervigilancia.
5. Respuestas exageradas de sobresalto.

"Depresión" se definirá aquí como un estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión (Dorsch, 1994).

"Ansiedad" se definirá aquí como un sentimiento de aprensión o de tensión (Feldman, 1995).

"Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión" se definirá aquí como la capacidad para derivar placer de la realización de un trabajo que implica ayudar a otras personas (Figley y Stamm, 1996).

"Fatiga de Compasión" se definirá aquí como estado de desgaste en la capacidad de empatía como resultado de la devoción a una causa, estilo de vida, o relación que fracasó en producir la recompensa esperada (Figley y Stamm, 1996).

"Burn-Out" se definirá aquí como un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por involucrarse en situaciones emocionalmente demandantes, durante un tiempo prolongado (Ehrenreich, 1999).

c) Definición Operacional de las Variables.

Definiremos “Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento” como una intervención terapéutica preventiva de 10 sesiones; el carácter es grupal, estructurado y breve. La orientación es cognitivo-conductual. Se han tomado en cuenta modelos de comprobada eficacia como base para el desarrollo de los 4 módulos que componen la intervención, siempre tomando en cuenta las características y necesidades particulares del personal de rescate y atención a emergencias (Dominguez, 2002; Peurifoy, 2000; Davis et al., 1997; Sank y Schaffer, 1993).

- Módulo de Relajación (2 sesiones):

Se entrena a los participantes en tres acercamientos básicos: la Respuesta de Relajación de Benson (RRB), el Control Respiratorio y la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson (RMP).

- Módulo de Reestructuración Cognitiva (3 sesiones):

Los patrones distorsionados del pensamiento son identificados y a continuación se enseña a los participantes métodos que les van a permitir desafiar sus pensamientos automáticos disfuncionales y sustituirlos por respuestas más racionales.

- Módulo de Entrenamiento en Aserción (3 sesiones):

Se entrena a los participantes en un método que permite apoyar un funcionamiento interpersonal más efectivo en el sujeto excesivamente pasivo o agresivo.

- Módulo de Entrenamiento en Resolución de Problemas (2 sesiones):

Se enseña a los participantes como pensar respecto a problemas importantes que serían susceptibles de producir trastornos, este acercamiento se sistematiza con el fin

de permitirnos abordar tanto los problemas de la vida diaria al igual que otros más graves.

Definiremos “Presencia y Severidad de los Síntomas Asociados a Estrés Postraumático” como las respuestas a la prueba “Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa” (Posttraumatic Stress Symptom Severity Scale - PSS).

Definiremos “Depresión” como las respuestas a la prueba “Inventario de Depresión de Beck - IDB” (Beck Depression Inventory – BDI).

Definiremos “Ansiedad” como las respuestas a la prueba “Inventario de Ansiedad Rasgo Estado - IDARE” de Spielberger (State Trait Anxiety Inventory – STAI).

Definiremos “Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión” como las respuestas a la escala “CS” de la prueba “Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm – CAFCS” (Compassion Fatigue and Satisfaction Test – CFST).

Definiremos “Fatiga de Compasión” como las respuestas a la escala “CF” de la prueba “Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm – CAFCS” (Compassion Fatigue and Satisfaction Test – CFST).

Definiremos “Burn-Out” como las respuestas a la escala “BO” de la prueba “Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm – CAFCS” (Compassion Fatigue and Satisfaction Test – CFST).

#### 4. Grupo Control.

La estrategia que se utilizará para el grupo control es la de lista de espera. Se establecerá la equivalencia de los grupos experimental y control a través de la asignación aleatoria.

#### 5. Diseño.

##### a) Diseño de Investigación.

Se trata de un diseño experimental preprueba-postprueba y grupo control. Es experimental porque habrá manipulación deliberada de una variable independiente para analizar las consecuencias que la manipulación tiene sobre una o más variables dependientes dentro de una situación de control para el investigador (grupo control y equivalencia de los grupos) (Hernández et al., 1998).

##### b) Pruebas Estadísticas.

Los resultados serán analizados a través de estadísticas paramétricas y no paramétricas, que incluyen estadísticas descriptivas e inferenciales. Los resultados de las pruebas objetivas serán sometidos a prueba de hipótesis a través de la prueba "t" de Student para grupos correlacionados con un alfa de 0.05 para determinar si existen

diferencias estadísticamente significativas entre los puntajes de las prepruebas, entre los de las postpruebas, y entre pre y postprueba en cada grupo. Para estos cálculos se utilizará el programa STATS<sup>®</sup> v1.1, de Decisión Analyst Inc. (Arlington, TX) y Comunicometría S.C. (México, D.F.).

c) Hipótesis de Investigación y Estadísticas.

- Ho: La media de la Cantidad de Síntomas de Estrés Postraumático del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de la Cantidad de Síntomas de Estrés Postraumático del grupo control.

$$Ho: \bar{x}_{CS-E} = \bar{x}_{CS-C}$$

Hi: La media de la Cantidad de Síntomas de Estrés Postraumático del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de la Cantidad de Síntomas de Estrés Postraumático del grupo control.

$$Hi: \bar{x}_{CS-E} < \bar{x}_{CS-C}$$

Ha: La media de la Cantidad de Síntomas de Estrés Postraumático del grupo experimental tras la intervención es mayor que la media de la Cantidad de Síntomas de Estrés Postraumático del grupo control.

$$Ha: \bar{x}_{CS-E} > \bar{x}_{CS-C}$$

- Ho: La media de los puntajes de la Escala de Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{PSS-E} = \bar{X}_{PSS-C}$$

Hi: La media de los puntajes de la Escala de Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_i: \bar{X}_{PSS-E} < \bar{X}_{PSS-C}$$

Ha: La media de los puntajes de la Escala de Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático del grupo experimental tras la intervención es mayor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_a: \bar{X}_{PSS-E} > \bar{X}_{PSS-C}$$

- Ho: La media de los puntajes de la Escala de Rasgo del Inventario de Ansiedad de Spielberger del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{IDAR-E} = \bar{X}_{IDAR-C}$$

Hi: La media de los puntajes de la Escala de Rasgo del Inventario de Ansiedad de Spielberger del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_i: \bar{X}_{IDAR-E} < \bar{X}_{IDAR-C}$$

Ha: La media de los puntajes de la Escala de Rasgo del Inventario de Ansiedad de Spielberger del grupo experimental tras la intervención es mayor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_a: \bar{X}_{IDAR-E} > \bar{X}_{IDAR-C}$$

- Ho: La media de los puntajes de la Escala de Estado del Inventario de Ansiedad de Spielberger del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{IDAE-E} = \bar{X}_{IDAE-C}$$

Hi: La media de los puntajes de la Escala de Estado del Inventario de Ansiedad de Spielberger del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{IDAE-E} < \bar{X}_{IDAE-C}$$

Ha: La media de los puntajes de la Escala de Estado del Inventario de Ansiedad de Spielberger del grupo experimental tras la intervención es mayor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_a: \bar{X}_{IDAE-E} > \bar{X}_{IDAE-C}$$

- Ho: La media de los puntajes del Inventario de Depresión del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{IDB-E} = \bar{X}_{IDB-C}$$

Hi: La media de los puntajes del Inventario de Depresión del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{IDB-E} < \bar{X}_{IDB-C}$$

Ha: La media de los puntajes del Inventario de Depresión del grupo experimental tras la intervención es mayor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$Ha: \bar{x}_{IDB-E} > \bar{x}_{IDB-C}$$

- Ho: La media de los puntajes de la Escala de Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$Ho: \bar{x}_{CAFCS/CS-E} = \bar{x}_{CAFCS/CS-C}$$

Hi: La media de los puntajes de la Escala de Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción del grupo experimental tras la intervención es mayor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$Hi: \bar{x}_{CAFCS/CS-E} > \bar{x}_{CAFCS/CS-C}$$

Ha: La media de los puntajes de la Escala de Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$Ha: \bar{x}_{CAFCS/CS-E} < \bar{x}_{CAFCS/CS-C}$$

- Ho: La media de los puntajes de la Escala de Burn-Out del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción del grupo experimental tras la

intervención es igual que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{\text{CAFCS/BO-E}} = \bar{X}_{\text{CAFCS/BO-C}}$$

Hi: La media de los puntajes de la Escala de Burn-Out del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{\text{CAFCS/BO-E}} < \bar{X}_{\text{CAFCS/BO-C}}$$

Ha: La media de los puntajes de la Escala de Burn-Out del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción del grupo experimental tras la intervención es mayor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_a: \bar{X}_{\text{CAFCS/BO-E}} > \bar{X}_{\text{CAFCS/BO-C}}$$

- Ho: La media de los puntajes de la Escala de Fatiga de Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_0: \bar{X}_{\text{CAFCS/CF-E}} = \bar{X}_{\text{CAFCS/CF-C}}$$

Hi: La media de los puntajes de la Escala de Fatiga de Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_1: \bar{X}_{\text{CAFCS/CF-E}} < \bar{X}_{\text{CAFCS/CF-C}}$$

Ha: La media de los puntajes de la Escala de Fatiga de Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción del grupo experimental tras la intervención es mayor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

$$H_a: \bar{x}_{CAFC/CF-E} > \bar{x}_{CAFC/CF-C}$$

## 6. Población y Muestra.

La población en estudio son los hombres y mujeres mayores de edad que prestan servicio activo remunerado o voluntario al momento del estudio como personal de rescate y atención a emergencias en el Sistema Nacional de Protección Civil (SINAPROC) en la Provincia de Panamá de la República de Panamá.

El SINAPROC es un ente con funciones de coordinación interinstitucional a nivel nacional en caso de emergencias y desastres. También lleva a cabo funciones preventivas de preparación y organización a nivel comunitario, dispone y destaca salvavidas para la protección de los cuerpos de agua más concurridos y realiza tareas operativas de búsqueda y rescate, principalmente en el caso de inundaciones y personas perdidas en la montaña.

Los participantes del estudio debían contar como mínimo con entrenamiento básico de rescate y haber estado involucrados en al menos un incidente crítico. Se tomaron como criterios de exclusión el que el sujeto estuviese activamente psicótico o que no supiese leer o escribir como para comprender y completar las escalas de evaluación.

Teniendo en cuenta la cantidad de sujetos disponibles en la Provincia de Panamá que cumplieran con los criterios particulares que delimitamos y la importancia de que la participación en este tipo de tratamiento sea por decisión propia, llegamos a la decisión de que la muestra sería seleccionada a través de un muestreo no probabilístico de sujetos que participaran en el estudio de manera voluntaria.

Este tipo de muestreo se usa en estudios donde el investigador elabora conclusiones sobre especímenes que llegan a sus manos de manera casual (Hernández Sampieri, 1998).

Teniendo en cuenta lo anterior, se seleccionó una muestra de 24 sujetos que luego serían divididos aleatoriamente en dos grupos de igual tamaño: control y experimental.

La media de las edades de los sujetos, tomando en cuenta la muestra completa, fue de 35.79 años (35 años y 9 meses), con una desviación estándar de 12.22 años (12 años y 2 meses); la mediana fue 31 y la moda 29 años; el rango abarcó 53 años con un valor mínimo de 20 años y uno máximo de 73 años.

La media de las edades de los sujetos, tomando en cuenta tan solo el grupo control, fue de 39.67 años (39 años y 8 meses), con una desviación estándar de 14.58 años (14 años y 7 meses); la mediana fue 35 y la moda 35 años; el rango abarcó 50 años con un valor mínimo de 23 años y uno máximo de 73 años.

La media de las edades de los sujetos, tomando en cuenta tan solo el grupo experimental, fue de 31.91 años (31 años y 11 meses), con una desviación estándar de 8.15 años (8 años y 1 mes); la mediana fue 29 y la moda 29 años; el rango abarcó 28 años con un valor mínimo de 20 años y uno máximo de 48 años.

Hubo una mujer en el grupo control y dos en el experimental (11.11% y 14.28% respectivamente). Las pruebas utilizadas han probado su efectividad en estudios con sujetos del sexo femenino (Women Stress Disorders Treatment Program, 2002).

A continuación presentamos una tabla resumiendo la información individual, pertinente al estudio actual, de cada uno de los sujetos seleccionados.

<b>Tabla 1: Edad, sexo y funciones de los miembros del personal de rescate y atención a emergencias del SINAPROC que conformaron la muestra.</b>					
<b>G.</b>	<b>No.</b>	<b>Inic.</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Función</b>
<b>CONTROL</b>	1	C. F.	35	♂	Instructor de Primeros Auxilios
	2	A. A.	31	♂	Oficial de Emergencia
	3	Z. O.	73	♂	Instructor de Primeros Auxilios
	4	R. C.	35	♀	Oficinista y Rescatista
	5	J. H.	23	♂	Oficial de Seguridad
	6	O. S.	31	♂	Oficial de Emergencia y Facilitador
	7	R. Q.	47	♂	Asesor de la Dirección General
	8	J. N.	62	♂	Paramédico
	9	H. V.	43	♂	Paramédico
	10	A. G.	35	♂	Paramédico
	11	D. B.	32	♂	Oficial de Emergencia
	12	J. R.	29	♂	Paramédico
<b>EXPERIMENTAL</b>	13	V. A.	48	♂	Coordinador de Operaciones
	14	N. E.	40	♂	Rescatista Voluntario
	15	J. H.	20	♂	Oficial de Emergencia
	16	H. H.	27	♀	Oficial de RR.HH. y Rescatista
	17	R. R.	30	♂	Oficial de Emergencia
	18	J. D.	29	♂	Oficial de Comunicaciones
	19	L. S.	27	♀	Relacionista Pública
	20	J. V.	45	♂	Oficial de Prevención y Facilitador
	21	A. V.	29	♂	Oficial de Emergencia
	22	A. M.	31	♂	Oficial de Emergencia
	23	J. V.	28	♂	Oficial de Servicios Generales
	24	L. R.	29	♂	Oficial de Logística

Fuente: Sistema Nacional de Protección Civil de la República de Panamá

Con el objetivo de preservar la confidencialidad de los datos, esta tabla no se incluirá en la copia del trabajo que se le entregue al SINAPROC, lo cual fue acordado con la dirección de la institución antes de iniciarse el estudio. El acceso o utilización de esta información individual sin la expresa autorización escrita del autor por parte de la dirección del SINAPROC para fines disciplinarios o de cualquier tipo de clasificación del personal consistiría en una clara violación al acuerdo previo con la dirección.

## 7. Instrumentos.

La información de las variables dependientes será recogida a través de los siguientes instrumentos:

- **Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa (Posttraumatic Stress Symptom Severity Scale - PSS):**

Desarrollada en 1993, esta escala es una de las cuatro partes de la Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático de Foa (Posttraumatic Stress Diagnostic Scale - PDS) y puede aplicarse independientemente. Es un instrumento de auto-reporte de lápiz y papel de 17 ítems que provee un método para cuantificar la cantidad y severidad de los síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Está basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994) para el TEPT. Fue traducido al castellano para este estudio por el autor de esta tesis tras consulta directa con la autora y con propósitos de investigación.

El instrumento fue diseñado por Edna B. Foa, Ph.D., una profesora del Colegio Médico de Pennsylvania, de la Universidad Hahnemann y directora del Centro para el Estudio y Tratamiento de la Ansiedad. Es una autoridad reconocida internacionalmente en el campo de la psicopatología y tratamiento de la ansiedad, su dedicación al establecimiento de esquemas etiológicos y tratamientos dirigidos han sido de gran influencia; el programa que desarrolló para víctimas de violación es considerado como la terapia más efectiva para secuelas postraumáticas. Fue la directora del grupo de trabajo para el TOC y co-directora del grupo de trabajo para el TEPT para el DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994). La Dra. Foa ha recibido numerosos premios y honores, incluyendo el premio de Profesor Distinguido Fulbright, el premio de Científico Distinguido de la Asociación Psicológica Americana, y el primer premio anual a la Contribución Investigativa Sobresaliente de la Asociación para el Avance de la Terapia de Conducta.

El rango de la puntuación obtenida en relación a la intensidad de los síntomas es de 0 a 51, que se obtiene sumando las valoraciones de los sujetos a los ítems individuales. Cada ítem cuestiona al sujeto en cuanto a la frecuencia con la que se ha presentado cada síntoma del TEPT durante el último mes. Las valoraciones son: 0 = ninguna o solo una vez; 1 = una vez a la semana o menos / de vez en cuando; 2 = de 2 a 4 veces a la semana / la mitad del tiempo; 3 = 5 o más veces por semana / casi siempre.

Los puntos de corte de la escala de severidad o intensidad de Síntomas son los siguientes: < 10 = leves; >11 y < 20 = moderados; >21 y < 35 = moderados a severos; >36 = severos. El rango de la cantidad o número de síntomas puede variar

de 0 a 17. Esto se obtiene contando el número de respuestas que el sujeto valora con una respuesta diferente a 0.

La muestra normativa utilizó 248 sujetos entre las edades de 18 a 65 años. Los sujetos habían experimentado, presenciado o confrontado un evento traumático que al menos un mes antes de que la prueba fuese administrada. Ninguno de los sujetos era activamente psicótico y todos sabían leer y escribir lo suficiente para completar el test. Los sujetos fueron reclutados de un número de centros de investigación y tratamiento que tenían poblaciones altas de pacientes con TEPT como el Hospital de la Administración de Veteranos, clínicas para el tratamiento de la ansiedad y el TEPT, refugios para mujeres víctimas de violencia y centros de atención de emergencias y trauma. Con el propósito de ampliar la base de datos fueron incluidas poblaciones que no buscaban tratamiento y víctimas de una gran variedad de eventos traumáticos como los que se pueden encontrar en estaciones de bomberos, centrales de ambulancias y centros de rehabilitación de carácter residencial. Los sujetos fueron obtenidos de cinco estados de la Costa Este y dos ciudades del Medio Oeste de los Estados Unidos.

En cuanto a la confiabilidad de la prueba, la autora reporta un Alfa de Cronbach de 0.92 para los 17 ítems utilizados para calcular el puntaje de severidad de los síntomas. Esto indica una alta consistencia interna. En cuanto a la confiabilidad test-retest del PDS, de 10 a 22 días después de la primera aplicación la prueba fue reaplicada a una muestra de sujetos. Se recolectaron 110 retests válidos, con un intervalo promedio entre aplicaciones de 16.1 días. Los sujetos fueron instruidos en cuanto a que completaran la prueba en relación al mismo incidente traumático al que se refirieron

la primera vez. La autora reporta un Kappa de .74, con 87.3% de acuerdo entre las dos aplicaciones. Estos datos sugieren también una adecuada consistencia interna y estabilidad de los puntajes obtenidos.

En cuanto a la validez, se correlacionaron los puntajes de la Escala de Severidad de Síntomas con otras escalas que miden constructos psicológicos asociados con el TEPT. Los índices obtenidos son los siguientes (N= 230): Inventario de Depresión de Beck = 0.79; Escala de Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger = 0.73; Escala de Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger = 0.74; Índice de Intrusión de la Escala de Impacto del Evento de Horowitz = 0.80; Índice de Evitación de la Escala de Impacto del Evento de Horowitz = 0.66.

- **Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger - IDARE (State Trait Anxiety Inventory – STAI):**

Este instrumento está compuesto por dos escalas psicométricas de auto-reporte de lápiz y papel para medir dos conceptos distintos pero relacionados de ansiedad: la ansiedad-rasgo, la cual se refiere a una propensión a la ansiedad con diferencias relativamente estables, y la ansiedad-estado, que es concebida como una condición emocional transitoria que varía en intensidad y fluctúa a través del tiempo como una función del estrés situacional (Spielberger et al., 1971).

La Escala de Ansiedad-Estado consiste de 20 afirmaciones que solicitan que la persona responda como se siente en un momento particular en el tiempo. La Escala de Ansiedad-Rasgo consiste de 20 afirmaciones que le piden a la persona evalúe como se siente generalmente. El rango de puntuación es de 0 a 60 en cada escala.

Las valoraciones para cada ítem en la escala de ansiedad-estado se basan en la intensidad y son: 0 = no en lo absoluto; 1 = un poco; 2 = bastante; 3 = mucho. En algunos de los ítems de la ansiedad-estado es necesario invertir la puntuación asignada a la intensidad (3, nada; 2, algo; 1, bastante; 0, mucho); esos ítems son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

Las valoraciones para cada ítem en la escala de ansiedad-rasgo se basan en la frecuencia ; son: 0 = casi nunca; 1 = algunas veces; 2 = frecuentemente; 3 = casi siempre. En algunos de los ítems de la ansiedad-rasgo es necesario invertir la puntuación asignada a la frecuencia de presentación (3 = casi nunca; 2 = a veces; 1 = a menudo; 0 = casi siempre); esos ítems son: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

No existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad. En la siguiente tabla se detallan las puntuaciones correspondientes a los centiles 50, 75, 85 y 99.

**Tabla 2: Puntuaciones Correspondientes a los Centiles del IDARE**

	<i>Centil 50</i>		<i>Centil 75</i>		<i>Centil 85</i>		<i>Centil 99</i>	
	AE	AR	AE	AR	AE	AR	AE	AR
<b>Puntuación directa hombres</b>								
Adolescentes	20	20	31	26	36	30	47-60	46-60
Adultos	19	19	28	25	33	29	47-60	46-60
<b>Puntuación directa mujeres</b>								
Adolescentes	22	22	31	29	36	33	53-60	49-60
Adultas	21	24	31	32	37	37	54-60	49-60

Fuente Bobes et al , 2002. Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. Segunda Edición España Ars Médica.  
Pág 71

Esta escala ha sido traducida al español y validada en al menos 2 poblaciones hispanohablantes (Spielberger et al., 1971). Este instrumento tiene una consistencia interna alta, de 0.90 en ansiedad-rasgo y 0.93 en ansiedad-estado; además de una confiabilidad de 0.94 en ansiedad-estado calculada por el método de división de dos mitades (pares - impares).

Este inventario es otro de los instrumentos estándar que se utilizan en la práctica clínica como medida de evolución a lo largo del tratamiento. Malloy, Fairbank y Keane comprobaron en 1983 que una combinación de tests psicométricos, entre los que se incluían el IDARE y la Escala de Depresión de Beck, podía discriminar al 83% de los sujetos que padecían TEPT frente a los grupos mejor adaptados (Nicolás, 1997).

- **Inventario de Depresión de Beck - IDB (Beck Depression Inventory – BDI):**

El test fue desarrollado originalmente en 1974 por el conocido padre de la terapia cognitiva, Aaron Beck, como un instrumento heteroaplicado de 21 ítems que evaluaba la intensidad de las manifestaciones sintomáticas depresivas. A continuación, se realizó una versión paralela, en forma autoaplicada, transformando cada ítem en 4 ó 6 frases autoevaluativas graduadas en orden creciente de intensidad. En España, Conde y Useros tradujeron y adaptaron al castellano la versión inglesa, pero balanceando las opciones de respuesta con el fin de evitar sesgos al responder. También se ha desarrollado una forma corta de 13 ítems procedentes de los 21 originales; sin embargo, a pesar de que la correlación entre ambas formas es alta (0.96), se aconseja utilizar la versión de 21 ítems, ya que el porcentaje de errores de clasificación cometidos con ella es más bajo.

La versión revisada del cuestionario resulta la más adecuada y de más fácil aplicación, además de considerar el punto de referencia del paciente a la hora de contestar el cuestionario no sólo el momento actual, sino también la semana anterior. Actualmente hay una versión aun más actualizada, el BDI-II, sin embargo no fue posible conseguir la versión en castellano.

El contenido de los ítems refleja claramente la importancia concedida por los autores al componente cognitivo; solamente una tercera parte de los ítems hacen referencia a aspectos fisiológicos o conductuales. El inventario es apropiado para mayores de 13 años de edad y con al menos 6 años de educación (Beck y Steer, 1993).

El rango de la puntuación obtenida es de 0 a 63. Los puntos de corte que se proponen para graduar el síndrome depresivo son los siguientes (Beck y Steer, 1993): normal = 0 a 9; depresión leve = 10 a 18; depresión moderada = 19 a 29; depresión grave = 30 a 63.

Existen multitud de trabajos que informan de las excelentes propiedades psicométricas del Inventario de Depresión de Beck. En una revisión de estudios de evaluación de este instrumento a lo largo de su historia, los autores informan de una consistencia interna media de 0.86 para pacientes psiquiátricos y de 0.81 para sujetos no psiquiátricos. Respecto a su validación concurrente, informan de una correlación media con la Escala de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression - HRSD) de 0.73 para pacientes psiquiátricos y de 0.74 para sujetos no psiquiátricos.

Con respecto a la versión que se utilizó en este estudio, se estima un coeficiente de fiabilidad test-retest de 0.65 a 0.72 y un Alfa de Cronbach de 0.82 (Beck y Steer, 1993).

Decidimos hacer uso de esta prueba en nuestro estudio por constituir ya un instrumento clásico en la evaluación de los estados depresivos en pacientes con diversos problemas de la salud; el estado de ánimo depresivo es una reacción frecuente al estrés de incidente crítico y traumático, como muestra de esto tan solo tenemos que revisar el criterio C del TEPT en el DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994). El Inventario de Depresión de Beck es uno de los instrumentos más empleados en la práctica clínica como medida del progreso terapéutico a lo largo del tratamiento.

- **Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm (Compassion Fatigue and Satisfaction Test – CFS):**

A manera de resumen, el estrés traumático secundario, también conocido como trauma vicario, es la presencia de síntomas asociados al TEPT en el personal de atención, más bien en relación con la experiencia indicada en el criterio A<sub>1</sub> del paciente que con la propia, mezclada con la historia del proveedor del servicio asistencial (Stamm et al., 2002).

El estrés traumático secundario ha sido operacionalizado como Fatiga de Compasión (Compassion Fatigue - CF), la cual es una consecuencia natural de trabajar con personas que ha experimentado eventos extremadamente estresantes. El CF se desarrolla como resultado de la exposición del personal de asistencia a las experiencias de sus pacientes combinado con la empatía que tenga con ellos,

operacionalizada en esta prueba como Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión (Compassion Satisfaction - CS) (Rudolph et al. 1997).

El CF, al igual que el Burnout (Burnout – BO), puede mermar la capacidad del personal asistencial para brindar servicios efectivos y mantener relaciones personales o profesionales sanas. En contraste con el CF, el cual es repentino y agudo, el BO es un desgaste gradual del personal de atención debido a la sensación de estar abrumado por el trabajo y de que se es incapaz de efectuar cambios positivos (Rudolph et al., op. cit.). Aunque es diferente del CF, el BO puede ser un factor de riesgo importante para el desarrollo del CF. Para entender como el trabajo asistencial afecta al personal es importante comprender y tomar en cuenta tanto el CS como el CF y el BO.

La autora, Beth Hudnall Stamm, Ph.D., es actualmente profesora investigadora en la Universidad Estatal de Idaho, donde es la Directora de Telemedicina y del Instituto de Salud Rural. Previamente ha ocupado importantes puestos en el Centro Nacional para el Trastorno por Estrés Posttraumático de la Administración de Veteranos, en la Escuela Médica de la Universidad de Dartmouth, en la Universidad de Alaska en Anchorage, en la Universidad Estatal de Nueva York en Oswego y en la Universidad Estatal de los Apalaches. De 1980 a 1989 fue Técnica en Emergencias Médicas certificada y patrullera profesional en esquí, realizando búsqueda y rescate de montaña y coordinación en casos de eventos con bajas masivas. Ha sido miembro de la Sociedad Internacional de Estudios del Estrés Traumático desde 1988 como Coordinadora de la Sección de Metodología de la Investigación de 1991 a 1996 y actualmente como editora para Internet.

Una de sus principales líneas de estudio es el estrés traumático secundario en personal sanitario y asistencial, campo del cual es fundadora. Su prueba, el Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción, es utilizada alrededor del mundo en más de 30 países y ha sido traducida al español, alemán, polaco, japonés y farsi. Ha trabajado con la Comisión Nacional Anti-Violencia Contra la Mujer en Indonesia asesorando el desarrollo de Programas de Respuesta al Estrés Traumático y en Sudáfrica su trabajo originó un Programa para Sobrevivientes de Violencia cuya aplicación se ha extendido por casi una década. Es co-autora de la obra “Cultural Diversity in the Appraisal & Expression of Traumatic Exposure,” que aparece en el “International Handbook of Human Response to Trauma”.

Tras el atentado de Nueva York del 11 de septiembre de 2001, ha asistido a oficinas estatales, federales y múltiples organizaciones, incluyendo la Asociación Psicológica Americana (APA), en la organización de sus recursos de Internet para responder al trauma. Es miembro de la Junta Directiva de la Fuerza de Tarea para Promover la Resiliencia en Respuesta al Terrorismo del Grupo de Trabajo de Profesionales de la Salud Mental de la APA.

Los datos psicométricos del test están basados en una muestra de 370 personas. El análisis multivariado de la varianza no aportó evidencia de diferencias basadas en el país de origen, tipo de trabajo o sexo cuando la edad fue utilizada como variable de control. En la siguiente tabla se describe la muestra normativa:

<b>Tabla 3: Descripción de la Muestra Normativa del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm</b>			
<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Tipo de Trabajo</b>	<b>País de Origen</b>
Media 35.4	Masculino n = 121 (33%)	Especialistas en Trauma n = 58 (16%)	EE.UU. Mezcla Rural-Urbano n = 160 (43%)
Mediana 36	Femenino n = 207 (56%)	Voluntarios n = 130 (35%)	Canadá Urbano n = 30 (8%)
Desviación Estándar 12.16	Desconocido n = 42 (11%)	Cruz Roja n = 30 (8%)	Sudáfrica Urbano n = 130 (35%)
		Personal Asistencial en Entrenamiento n = 102 (27%)	Internet (Origen desconocido) n = 50 (13%)

Fuente FIGLEY y STAMM 1996 Psychometric Review of Compassion Fatigue Self Test En STAMM (Ed), Measurement of Stress, Trauma and Adaptation. Lutherville Sidran Press

<b>Tabla 4: Datos Psicométricos del Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm</b>			
<b>Escala</b>	<b>Alfa</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Estándar</b>
CS	0.87	92.10	16.04
BO	0.90	24.18	10.78
CF	0.87	28.78	13.15

Fuente FIGLEY y STAMM 1996 Psychometric Review of Compassion Fatigue Self Test En STAMM (Ed), Measurement of Stress, Trauma and Adaptation Lutherville Sidran Press

Las valoraciones para cada ítem son: 0 = nunca; 1 = raramente; 2 = algunas veces;  
3 = con alguna frecuencia; 4 = casi siempre; 5 = siempre.

Los puntos de corte que se proponen para el potencial de Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión (Compassion Satisfaction - CS) son los siguientes: 118 y superior = potencial extremadamente alto; 100 – 117 = potencial alto; 82 – 99 = buen potencial; 64 – 81 = potencial modesto; 63 ó menos = bajo potencial. Un puntaje alto en esta escala sugiere una mayor satisfacción con la capacidad de contribuir a ayudar a otros.

Los puntos de corte que se proponen para el riesgo de Burn-out (Burn-out - BO) son los siguientes: 36 ó menos = riesgo extremadamente bajo; 37 – 50 = riesgo moderado; 51 – 75 = riesgo alto; 76 – 85 = riesgo extremadamente alto. Un puntaje alto en esta escala sugiere un mayor riesgo de sentirse desesperanzado e incapaz de lidiar con el trabajo, que se establece gradualmente como resultado de sentir que los propios esfuerzos no marcan una diferencia o debido a una carga de trabajo muy pesada.

Los puntos de corte que se proponen para el riesgo de Fatiga de Compasión (Compassion Fatigue - CF) son los siguientes: 26 ó menos = riesgo extremadamente bajo; 27 – 30 = riesgo bajo; 31 – 35 = riesgo moderado; 36 – 40 = riesgo alto; 41 ó más = riesgo extremadamente alto. Un puntaje alto en esta escala sugiere un mayor riesgo de presentar síntomas de TEPT asociado al trabajo que se establecen rápidamente como resultado de la exposición a tareas de apoyo altamente estresantes.

La consistencia interna del cuestionario es adecuada como se puede apreciar en los resultados del cálculo del Alfa de Cronbach que reporta la autora para cada escala: Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión (Compassion Satisfaction - CS) =

0.87; Burn-out (Burn-out - BO) = 0.90 y Fatiga de Compasión (Compassion Fatigue - CF) = 0.87.

En cuanto a la fiabilidad test-retest, unos resultados preliminares realizados en trabajadores de salud en zonas rurales de África reporta los siguientes valores para las escalas CF y BO (no se utilizó la escala CS): primera aplicación (mínimo de 3 meses de trabajo) CF media = 45 (DS = 14.4), BO media = 32 (DS = 11.3); segunda aplicación (3 meses después) CF media = 44 (DS = 13.6), BO media = 28.86 (DS = 9.6).

## 8. Procedimientos.

Se le solicitó al SINAPROC un listado del personal disponible que cumpliera con los parámetros de investigación requeridos, lo que se nos proporcionó pocos días después. A pesar de las dificultades de disponibilidad debido a los turnos, vacaciones, localización de las bases y circunstancias diversas, se logró llegar al número de 24 sujetos que necesitábamos para nuestra muestra. Estos individuos fueron divididos aleatoriamente en dos grupos de igual tamaño: control y experimental.

La aplicación de la batería de pruebas se realizó individualmente durante la semana previa al inicio de la intervención a través del siguiente procedimiento: revisión de los datos personales para la confirmación de la presencia de los criterios de inclusión, la ausencia de los criterios de exclusión y para determinar las condiciones necesarias para que se pudieran completar el conjunto de pruebas; presentación del entrevistador y del

objetivo de la investigación; solicitud formal del consentimiento informado de forma verbal y aceptación de este; y explicación de las instrucciones necesarias para completar el conjunto de pruebas. Se aplicaron los inventarios en el siguiente orden: Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático, Inventario de Depresión, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado y Cuestionario de Fatiga de Compasión y Satisfacción. Generalmente se requirió de una sola sesión de una hora para concluir la totalidad de las respuestas a los diferentes instrumentos.

Entonces se inició la intervención con el grupo experimental, la cual consistió en cuatro módulos (Relajación, Reestructuración Cognitiva, Entrenamiento en Aserción y Entrenamiento en Resolución de Problemas) que fueron distribuidos en el curso de 10 sesiones. Estas sesiones se llevaron a cabo en las instalaciones del SINAPROC en la antigua Base Aérea de Howard, en horario de 3:00 p.m a 4:15 p.m., en los meses de junio a septiembre de 2003 y de acuerdo al siguiente calendario:

Lunes 30 VI	M. Relajación I
Lunes 7 VII	M. Relajación II
Miércoles 9 VII	M. R. Cognitiva I
Miércoles 20 VIII	M. R. Cognitiva II
Viernes 22 VIII	M. R. Cognitiva III
Lunes 25 VIII	M. E. Aserción I
Miércoles 27 VIII	M. E. Aserción II
Viernes 29 VIII	M. E. Aserción III
Lunes 1 IX	M. Res. Problemas I
Miércoles 3 IX	M. Res. Problemas II

Fuente Autor

La semana siguiente al final de la intervención se aplicaron los instrumentos nuevamente y en el mismo orden; tanto al grupo control como al experimental. Luego de tabular los resultados de ambas mediciones, se realizó el análisis estadístico.

## RESULTADOS

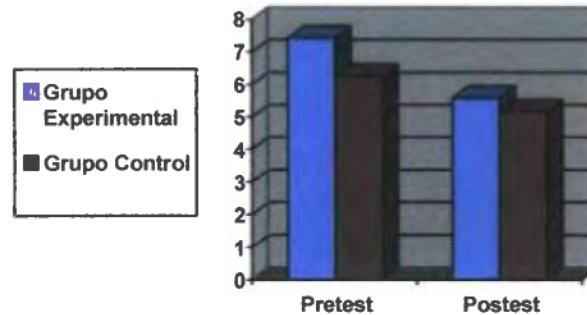
Encontramos evidencia para concluir que los niveles de ansiedad –rasgo– del grupo experimental disminuyeron tras la intervención de manera significativa.

A continuación presentamos los cuadros con las medias y las desviaciones estándar de los puntajes obtenidos en cada una de las escalas de las pruebas aplicadas a los sujetos de la muestra. Luego de cada tabla se encuentran los resultados de las pruebas “t” de Student que buscan establecer si hay o no diferencias significativas entre las medias. La presentación está orientada a facilitar el análisis cualitativo y cuantitativo.

<b>Tabla 6: Medias y Desviaciones Estándar de los puntajes obtenidos en la Cantidad de Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa</b>		
	Pretest	Postest
Grupo Experimental n = 12	$\bar{x} = 7.42$	$\bar{x} = 5.58$
	s = 3.75	s = 4.46
Grupo Control n = 12	$\bar{x} = 6.25$	$\bar{x} = 5.17$
	s = 4.37	s = 4.67

Fuente: Medición realizada por el autor en una muestra del personal de rescate y atención a emergencias del Sistema Nacional de Protección Civil de la República de Panamá

**Grafico 1: Medias de los puntajes obtenidos en la Cantidad de Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa**



- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en la Cantidad de Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa en los grupos **Experimental y Control en el Pretest** es de 0.7038. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **51.11%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en la Cantidad de Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa del grupo **Experimental entre el Pretest y el Posttest** es de 1.0939. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **71.42%**,

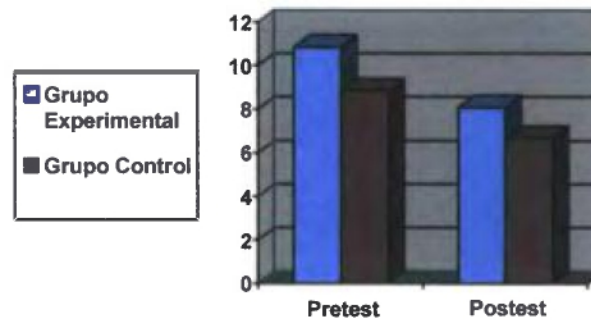
en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.

- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en la Cantidad de Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa del grupo **Control entre el Pretest y el Postest** es de 0.5850. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **43.55%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en la Cantidad de Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa en los grupos **Experimental y Control en el Postest** es de 0.2199. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **17.21%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- Se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula de que la media de la Cantidad de Síntomas de Estrés Postraumático del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de la Cantidad de Síntomas de Estrés Postraumático del grupo control.

Tabla 7: Medias y Desviaciones Estándar de los puntajes obtenidos en el Índice de Intensidad de los Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa		
	Pretest	Postest
Grupo Experimental n = 12	$\bar{X} = 10.83$	$\bar{X} = 8.08$
	s = 6.81	s = 7.96
Grupo Control n = 12	$\bar{X} = 8.83$	$\bar{X} = 6.67$
	s = 7.36	s = 8.21

Fuente: Medición realizada por el autor en una muestra del personal de rescate y atención a emergencias del Sistema Nacional de Protección Civil de la República de Panamá.

**Grafico 2: Medias de los puntajes obtenidos en la Intensidad de Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa**



- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en el Índice de Intensidad de los Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa en los grupos **Experimental y Control en el Pretest** es de 0.6909. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **50.32%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.

- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en el Índice de Intensidad de los Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa del grupo **Experimental entre el Pretest y el Postest** es de 0.9094. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **62.70%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en el Índice de Intensidad de los Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa del grupo **Control entre el Pretest y el Postest** es de 0.6786. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **49.55%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en el Índice de Intensidad de los Síntomas de la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa en los grupos **Experimental y Control en el Postest** es de 0.4271. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente

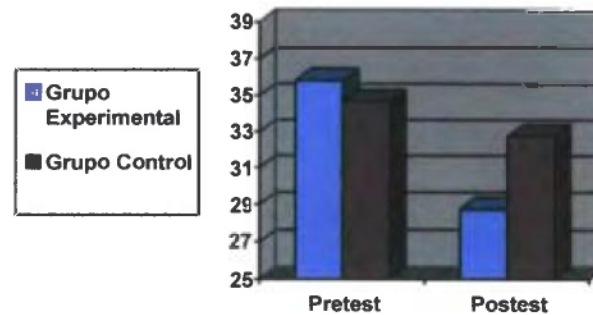
significativa es de tan solo **32.66%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.

- Se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula de que la media de los puntajes de la Escala de Severidad de Síntomas de Estrés Posttraumático del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

	Pretest	Postest
Grupo Experimental n = 12	$\bar{x} = 35.83$	$\bar{x} = 28.75$
	s = 9.50	s = 3.52
Grupo Control n = 12	$\bar{x} = 34.67$	$\bar{x} = 32.75$
	s = 10.60	s = 3.52

Fuente: Medición realizada por el autor en una muestra del personal de rescate y atención a emergencias del Sistema Nacional de Protección Civil de la República de Panamá.

**Grafico 3: Medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger**



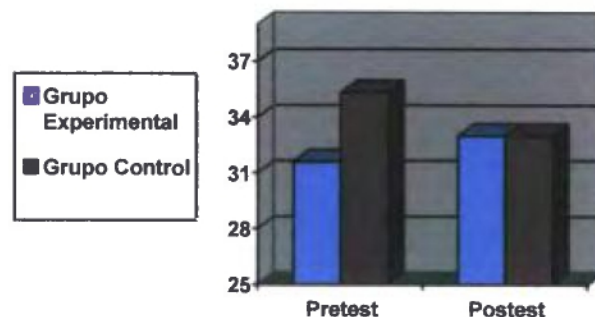
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger en los grupos **Experimental y Control en el Pretest** es de 0.2823. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **21.97%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger del grupo **Experimental entre el Pretest y el Postest** es de 2.4208. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de **97.58%**, en vista de lo cual se considera que hay suficiente evidencia estadística para establecer que la diferencia no es producto del azar y sí es significativa.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger del grupo **Control entre el Pretest y el Postest** es de 0.5955. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **44.24%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.

- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger en los grupos Experimental y Control en el Postest es de 2.7835. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de 98.92%, en vista de lo cual se considera que hay suficiente evidencia estadística para establecer que la diferencia no es producto del azar y sí es significativa.
- Hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación de que la media de los puntajes de la Escala de Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

<b>Tabla 9: Medias y Desviaciones Estándar de los puntajes obtenidos en la Escala de Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger</b>		
	Pretest	Postest
Grupo Experimental n = 12	$\bar{x} = 31.58$ s = 10.91	$\bar{x} = 33.00$ s = 9.75
Grupo Control n = 12	$\bar{x} = 35.33$ s = 8.02	$\bar{x} = 33.00$ s = 7.70

Fuente: Medición realizada por el autor en una muestra del personal de rescate y atención a emergencias del Sistema Nacional de Protección Civil de la República de Panamá

**Grafico 4: Medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger**



- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger en los grupos **Experimental y Control en el Pretest** es de 0.9594. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **65.22%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger del grupo **Experimental entre el Pretest y el Posttest** es de 0.3362. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **26.01%**, en vista de lo cual se

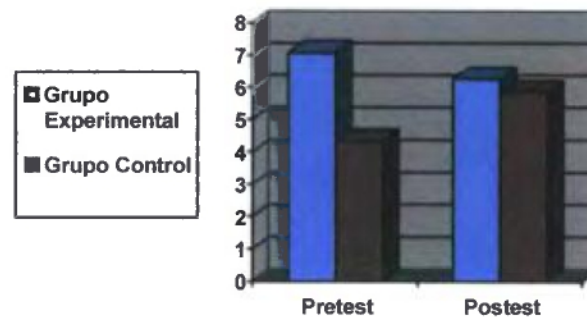
considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.

- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger del grupo **Control entre el Pretest y el Postest** es de 0.7260. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **52.45%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Estado del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger en los grupos **Experimental y Control en el Postest** es de 0.0000. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de **00.00%**.
- Se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula de que la media de los puntajes de la Escala de Estado del Inventario de Ansiedad de Spielberger del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

Tabla 10: Medias y Desviaciones Estándar de los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck		
	Pretest	Postest
Grupo Experimental n = 12	$\bar{x} = 7.08$	$\bar{x} = 6.25$
	s = 5.66	s = 5.64
Grupo Control n = 12	$\bar{x} = 4.33$	$\bar{x} = 5.83$
	s = 4.21	s = 4.15

Fuente: Medición realizada por el autor en una muestra del personal de rescate y atención a emergencias del Sistema Nacional de Protección Civil de la República de Panamá.

Grafico 5: Medias de los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresion de Beck



- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck en los grupos **Experimental y Control en el Pretest** es de 1.3505. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **80.94%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.

- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck del grupo **Experimental entre el Pretest y el Posttest** es de 0.3598. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **27.76%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck del grupo **Control entre el Pretest y el Posttest** es de 0.8790. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **61.11%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en el Inventario de Depresión de Beck en los grupos **Experimental y Control en el Posttest** es de 0.2078. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **16.27%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- Se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula de que la media de los puntajes del Inventario de Depresión del grupo experimental tras la

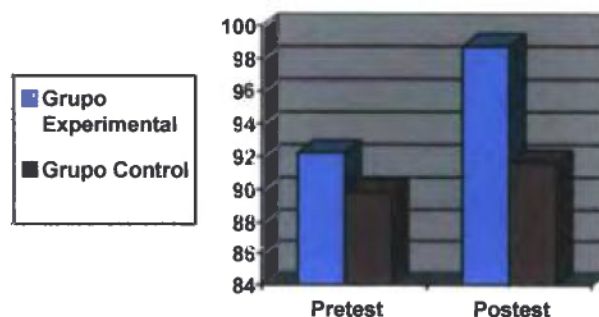
intervención es igual que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

**Tabla 11: Medias y Desviaciones Estándar de los puntajes obtenidos en la Escala de Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm**

	Pretest	Postest
Grupo Experimental n = 12	$\bar{x} = 92.25$	$\bar{x} = 98.75$
	s = 19.00	s = 8.21
Grupo Control n = 12	$\bar{x} = 89.83$	$\bar{x} = 91.67$
	s = 15.68	s = 13.28

Fuente: Medición realizada por el autor en una muestra del personal de rescate y atención a emergencias del Sistema Nacional de Protección Civil de la República de Panamá.

**Grafico 6: Medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm**



- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm en los grupos **Experimental** y **Control en el Pretest** es de 0.3403. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de

libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **26.31%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.

- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm del grupo **Experimental entre el Pretest y el Postest** es de 1.0879. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **71.16%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm del grupo **Control entre el Pretest y el Postest** es de 0.3102. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **24.07%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm en los grupos **Experimental y Control en el Postest** es de 1.5709. El valor en la tabla

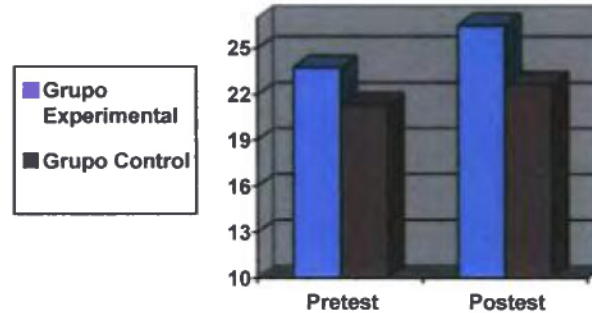
de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **86.95%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.

- Se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula de que la media de los puntajes de la Escala de Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

	Pretest	Posttest
Grupo Experimental n = 12	$\bar{X} = 23.75$	$\bar{X} = 26.50$
	s = 7.25	s = 9.49
Grupo Control n = 12	$\bar{X} = 21.33$	$\bar{X} = 22.67$
	s = 7.28	s = 5.74

Fuente: Medición realizada por el autor en una muestra del personal de rescate y atención a emergencias del Sistema Nacional de Protección Civil de la República de Panamá

**Grafico 7: Medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Burn-Out del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm**



- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Burn-Out del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm en los grupos **Experimental y Control en el Pretest** es de 0.8159. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **57.67%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Burn-Out del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm del grupo **Experimental entre el Pretest y el Posttest** es de 0.7977. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **56.64%**,

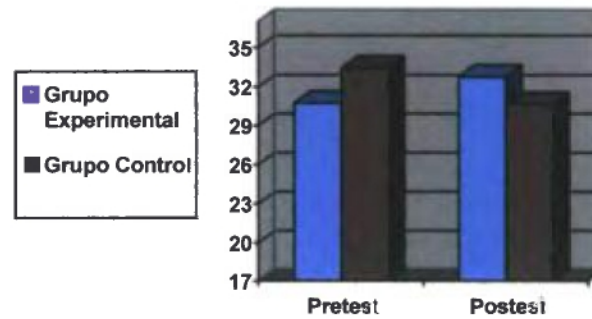
en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.

- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Burn-Out del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm del grupo **Control entre el Pretest y el Postest** es de 0.5007. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **37.84%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Burn-Out del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm en los grupos **Experimental y Control en el Postest** es de 1.1962. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **75.57%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- Se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula de que la media de los puntajes de la Escala de Burn-Out del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

Tabla 13: Medias y Desviaciones Estándar de los puntajes obtenidos en la Escala de Fatiga de Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm		
	Pretest	Postest
Grupo Experimental n = 12	$\bar{X} = 30.75$	$\bar{X} = 32.75$
	s = 11.02	s = 13.36
Grupo Control n = 12	$\bar{X} = 33.42$	$\bar{X} = 30.67$
	s = 15.72	s = 10.59

Fuente: Medición realizada por el autor en una muestra del personal de rescate y atención a emergencias del Sistema Nacional de Protección Civil de la República de Panamá.

**Grafico 8: Medias de los puntajes obtenidos en la Escala Fatiga de Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm**



- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Fatiga de Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm en los grupos **Experimental y Control en el Pretest** es de 0.4818. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **36.53%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.

- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Fatiga de Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm del grupo **Experimental entre el Pretest y el Postest** es de 0.4000. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **30.70%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia de las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Fatiga de Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm del grupo **Control entre el Pretest y el Postest** es de 0.5026. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente significativa es de tan solo **37.98%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.
- El valor calculado de la “t” de Student para la diferencia entre las medias de los puntajes obtenidos en la Escala de Fatiga de Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm en los grupos **Experimental y Control en el Postest** es de 0.4226. El valor en la tabla de distribución de la “t” de Student a un nivel de significancia de 0.05 y 22 grados de libertad es de 1.7171. Por lo tanto, la probabilidad de una diferencia estadísticamente

significativa es de tan solo **32.33%**, en vista de lo cual se considera que no hay suficiente evidencia para descartar que la diferencia sea producto del azar.

- Se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula de que la media de los puntajes de la Escala de Fatiga de Compasión del Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción del grupo experimental tras la intervención es igual que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

## DISCUSIÓN

En este capítulo vamos a hablar acerca del significado y las implicaciones de los resultados del estudio. Uno de los principales aportes de esta investigación es que hemos establecido una línea base que nos describe el estado de una serie de variables asociadas al estrés y al trauma en este particular grupo de riesgo que es el de los trabajadores de atención a emergencias y rescate. Analicemos a continuación lo que nos dice cada herramienta sobre las variables que representan.

El primer instrumento utilizado es la Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa, la cual nos brinda dos índices: Cantidad de Síntomas de Estrés Postraumático y Severidad de los mismos.

En cuanto a la Cantidad de Síntomas, y desde el punto de vista descriptivo, podemos notar que los promedios de ambos grupos, pre y post intervención, fluctúan en un rango de 5 a 7, siendo el puntaje máximo que se puede alcanzar 17. Estos puntajes nos hablan a nivel general de una presencia significativa de síntomas asociados al TEPT en el grupo estudiado. Es preciso recordar que la escala está basada en los 17 síntomas que aparecen definidos en los criterios diagnósticos B, C y D para el Trastorno de Estrés Postraumático en el DSM-IV, y que para hacer un diagnóstico de TEPT se requiere la presencia de 1 de los 4 síntomas asociados a la reexperimentación del (de los) evento(s), 3 de los 7

síntomas asociados a evitación y embotamiento de la reactividad, y 2 de los 5 asociados a hiperactivación. Esto nos da una suma de 6 síntomas como mínimo.

Hubo una ligera disminución de la cantidad de síntomas en ambos grupos en el Postest en comparación con el respectivo Pretest; sin embargo, la misma no fue estadísticamente significativa.

En cuanto al efecto del tratamiento, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula de que la media del grupo experimental tras la intervención es igual que la media del grupo control desde el punto de vista estadístico.

El otro índice que nos brinda esta prueba es el de Severidad de los Síntomas, el individuo califica la frecuencia con la que se ha presentado cada síntoma del TEPT durante el último mes en una escala del 0 al 3, por lo que habrá casos en los que estén presentes pero no causen la suficiente interferencia en el funcionamiento del sujeto. El rango de la puntuación obtenida en relación a la intensidad de los síntomas es de 0 a 51, que se obtiene sumando las valoraciones de los sujetos a los ítems individuales.

A modo descriptivo, podemos notar que en general los promedios fluctúan en un rango de 6 a 10; lo que los sitúa en el límite superior del intervalo de síntomas leves según la autora de la escala.

Hubo una ligera disminución en la intensidad de los síntomas en ambos grupos en el Postest en comparación con el respectivo Pretest; sin embargo, la misma no fue estadísticamente significativa.

En cuanto al efecto del tratamiento, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula de que la media del grupo experimental tras la intervención es igual que la media del grupo control desde el punto de vista estadístico.

Esta ausencia de un efecto significativo probablemente se deba a que la intervención tenía como objetivo principal capacitar a modo preventivo en competencias de afrontamiento para disminuir la aparición de nuevos síntomas y no reducir a modo terapéutico síntomas ya presentes; sin embargo, nos pareció importante probar la sensibilidad del instrumento y plantear la hipótesis a modo exploratorio para sondear los valores de las variables en esta población.

Si analizamos los resultados de los sujetos en este test de manera individual, teniendo en cuenta todo lo mencionado anteriormente, encontramos que un 41.67 % del total de los sujetos que conformaba la muestra del estudio presentaba en el pretest la cantidad de síntomas con la intensidad necesaria para indicar la necesidad de explorar la posibilidad de la presencia de un TEPT; este porcentaje fue de 29.17 % en el postest.

Aún más, un 12.50 % del total de los sujetos que conformaba la muestra del estudio presentaba en el pretest la cantidad de síntomas con la intensidad necesaria para sugerir una impresión diagnóstica preliminar de TEPT con alta probabilidad de confirmarse; esta cifra fue de 8.33 % en el postest.

Es importante notar que un test no es suficiente para hacer un diagnóstico clínico y que los datos anteriores nos interesan preliminarmente a modo exploratorio para conocer la situación de la población. En estos casos, se realizarán individualmente entrevistas de evaluación clínica completas y se proveerá tratamiento sin costo alguno como parte del estudio. Tampoco debemos dejar de recordar que para hacer un diagnóstico de TEPT se debe cumplir también con los criterios de exposición (A), tiempo (E) y deterioro (F). Para ver los criterios en más detalle, dirigirse a “Estrés Traumático” en el capítulo de Revisión de la Literatura.

El siguiente instrumento utilizado es el Inventario de Ansiedad de Spielberger, el cual nos brinda dos índices Ansiedad-Rasgo y Ansiedad-Estado. Aquí se da un fenómeno muy interesante.

En cuanto a la Ansiedad-Rasgo, y desde el punto de vista descriptivo, podemos notar que los promedios de ambos grupos, pre y post intervención, fluctúan en un rango de 28 a 35. Esto sitúa al grupo entre los centiles del 75 al 90, lo que sugiere en general niveles superiores al promedio según las normas aceptadas actualmente.

Hubo una disminución estadísticamente significativa en los niveles de Ansiedad-Rasgo en el grupo experimental en el Postest en comparación con el respectivo Pretest. En el grupo control también hubo cierta disminución, sin embargo, la misma no fue estadísticamente significativa.

En cuanto al efecto del tratamiento en este caso, hay evidencia estadística para rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis de investigación de que la media de los puntajes de la Escala de Rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger del grupo experimental tras la intervención es menor que la media de los puntajes de la misma escala del grupo control.

En cuanto a la Ansiedad-Estado, y desde el punto de vista descriptivo, podemos notar que los promedios de ambos grupos, pre y post intervención, fluctúan en un rango de 31 a 35. Esto sitúa al grupo entre los centiles del 75 al 85, lo que sugiere en general niveles superiores al promedio según las normas aceptadas actualmente.

Respecto a la evolución, hubo un ligero aumento en los niveles de Ansiedad-Estado en el grupo experimental en el Postest en comparación con el respectivo Pretest; al mismo

tiempo, ocurrió lo contrario en el grupo control, donde se dio una ligera disminución. Sin embargo, ninguna de las dos diferencias fue estadísticamente significativa.

En cuanto al efecto del tratamiento, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula de que la media del grupo experimental tras la intervención es igual que la media del grupo control desde el punto de vista estadístico.

Estos resultados son particularmente reveladores cuando tomamos en cuenta que la intervención fue un Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento cuyo objetivo principal fue brindarle herramientas al personal de rescate y atención a emergencias para manejar la ansiedad propia de su quehacer cotidiano. Podemos apreciar que si bien los niveles de ansiedad usualmente asociada a los estímulos externos más inmediatos (Ansiedad-Estado) se mantienen sin cambio significativo, los niveles de ansiedad usualmente asociados a un patrón más general y estable de reaccionar ante los eventos (Ansiedad-Rasgo) son percibidos y reportados como menores.

Esto se puede interpretar como un éxito de la intervención ya que se espera que a mayor competencia para afrontar el estrés, menor nivel de ansiedad como rasgo de la personalidad. Es un cambio intrínseco de los individuos.

El que no hayan disminuido los niveles de Ansiedad-Estado podría estar relacionado con que el personal entrenado se reinserta al medio sin que haya habido modificaciones que disminuyan los estímulos ansiógenos circundantes (procedimientos, turnos, etc.), por lo que, aún contando con recursos internos individuales optimizados, es posible que la ansiedad inmediata se mantenga. Hay que recordar que modificar el medio no era un objetivo de investigación, sino más bien fortalecer la capacidad de respuesta del sujeto.

El tercer instrumento utilizado es el Inventario de Depresión de Beck, el cual nos revela información acerca de la intensidad de las manifestaciones sintomáticas depresivas.

Desde el punto de vista descriptivo, podemos notar que los promedios de ambos grupos, pre y post intervención, fluctúan en un rango de 4 a 7. Estos puntajes nos hablan a nivel general de fluctuaciones normales del estado de ánimo.

En cuanto a la evolución, se aprecia una ligera disminución en la intensidad de las manifestaciones sintomáticas depresivas en el grupo experimental en el Posttest en comparación con el respectivo Pretest; paralelamente, ocurrió lo contrario en el grupo control, donde se reveló un ligero aumento. Es preciso señalar, sin embargo, que ninguno de los dos cambios fueron estadísticamente significativos.

En cuanto al efecto del tratamiento sobre esta variable, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula de que la media del grupo experimental tras la intervención es igual que la media del grupo control desde el punto de vista estadístico.

Esta variable se incluyó a modo exploratorio y por el hecho de que las manifestaciones depresivas suelen estar presente en diversos trastornos, entre ellos el TEPT.

El cuarto y último instrumento es el Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm, el cual nos brinda tres índices: Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión, Burn-Out y Fatiga de Compasión.

En cuanto a la Satisfacción con Tareas que Requieren Compasión, y desde el punto de vista descriptivo, podemos notar que los promedios de ambos grupos, pre y post

intervención, fluctúan en un rango de 89 a 98. Estos puntajes nos hablan a nivel general de un buen potencial para este tipo de trabajo en el grupo estudiado.

Hubo un aumento en los niveles de satisfacción en ambos grupos en el Postest en comparación con el respectivo Pretest; sin embargo, el mismo no fue estadísticamente significativo.

En cuanto al efecto del tratamiento, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula de que la media del grupo experimental tras la intervención es igual que la media del grupo control desde el punto de vista estadístico.

En referencia al segundo índice, Burn-Out, y desde el punto de vista descriptivo, podemos notar que los promedios de ambos grupos, pre y post intervención, fluctúan en un rango de 21 a 26. Estos puntajes nos hablan a nivel general de un riesgo extremadamente bajo.

Hubo un aumento en los niveles de riesgo de Burn-Out en ambos grupos en el Postest en comparación con el respectivo Pretest; sin embargo, el mismo no fue estadísticamente significativo.

En cuanto al efecto del tratamiento, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula de que la media del grupo experimental tras la intervención es igual que la media del grupo control desde el punto de vista estadístico.

Finalmente, el tercer índice de este instrumento, Fatiga de Compasión, y desde el punto de vista descriptivo, nos revela que los promedios de ambos grupos, pre y post intervención, fluctúan en un rango de 30 a 33. Estos puntajes nos hablan a nivel general de un riesgo moderado.

En cuanto a la evolución, se aprecia un ligero aumento en el riesgo de Fatiga de Compasión en el grupo experimental en el Posttest en comparación con el respectivo Pretest. Lo contrario sucedió en el grupo control, donde se reveló una ligera disminución. Cabe señalar, sin embargo, que ninguno de los dos cambios fueron estadísticamente significativos.

En cuanto al efecto del tratamiento, se rechaza la hipótesis de investigación y se acepta la hipótesis nula de que la media del grupo experimental tras la intervención es igual que la media del grupo control desde el punto de vista estadístico.

Lo que nos revelan estas tres variables invita a la reflexión. Si bien las diferencias no son estadísticamente significativas, y por lo tanto no se puede descartar la acción del azar, se puede apreciar cierta tendencia en el comportamiento de las variables. La satisfacción con el trabajo de atención a emergencias aumenta, pero también lo hacen el burn-out, principalmente, y la fatiga de compasión; estas dos últimas variables son buenos indicadores de desgaste crónico y estrés postraumático secundario, respectivamente. El personal puede estar motivado para realizar este tipo de tareas, pero en ausencia de procedimientos y políticas que tomen en cuenta los aspectos que estudiamos en esta investigación, se va a ocasionar un deterioro en el recurso humano y su capacidad. En el comportamiento de estos índices juega un papel muy importante la dirección y la organización.

## CONCLUSIONES

En base a lo expuesto en los capítulos precedentes concluimos que:

- El personal de rescate y atención a emergencias del SINAPROC que participó en el estudio experimenta una cantidad significativa de síntomas asociados al estrés postraumático secundario.
- La intensidad de estos síntomas es en promedio leve.
- Los niveles de ansiedad-rasgo, usualmente asociados a un patrón generalizado y estable de reaccionar ante los eventos, son superiores en comparación a los de la población en general.
- Los niveles de ansiedad-estado, usualmente asociada a los estímulos externos más inmediatos, también resultan superiores en comparación a los de la población en general.
- Las manifestaciones depresivas del grupo son, en general, consistentes con las fluctuaciones normales del estado de ánimo.
- Se revela un buen grado de satisfacción con el trabajo de rescate y atención a emergencias que desempeñan.
- Existe un riesgo bajo de burn-out, pero con una aparente tendencia a aumentar en el futuro.

- Existe un riesgo moderado de fatiga de compasión que amerita análisis, atención y resolución.
- Se pudo comprobar que hay una disminución en los niveles de ansiedad como rasgo de personalidad en el personal de rescate y atención a emergencias del SINAPROC después de asistir a un Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento.
- En el análisis individual, un 41.67 % del total de los sujetos que conformaba la muestra del estudio presentaba en el pretest la cantidad de síntomas con la intensidad necesaria para indicar la necesidad de explorar la posibilidad de la presencia de un TEPT; este porcentaje fue de 29.17 % en el postest.
- Así mismo, un 12.50 % del total de los sujetos que conformaba la muestra del estudio presentaba en el pretest la cantidad de síntomas con la intensidad necesaria para sugerir una impresión diagnóstica preliminar de TEPT con alta probabilidad de confirmarse; esta cifra fue de 8.33 % en el postest.
- Hay muy pocos estudios locales actualizados relacionados con la Psicología de Emergencias y Desastres; esto aplica por extensión al tema particular del Estrés de Incidente Crítico que enfrenta el personal de primera respuesta y sus consecuencias biopsicosociales.
- Actualmente no se cuenta en el país con programas estructurados, o de eficacia científicamente comprobada, que aborden el problema de la prevención del Estrés de Incidente Crítico y el Trastorno por Estrés Postraumático Secundario en el personal de primera respuesta.

- Al momento del estudio, el Trastorno por Estrés Postraumático en el personal de primera respuesta es un problema que pasa desapercibido y es etiquetado como debilidad, siendo probable que a su vez se torne en factor etiopatogénico de situaciones como el abuso de sustancias y la violencia intrafamiliar.
- El Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento se vislumbra como una herramienta útil en el ámbito de las intervenciones de carácter preventivo para esta población.
- Consideramos que se alcanzaron los objetivos de la investigación, así como que respondimos todas nuestras preguntas.

## RECOMENDACIONES

- Establecer como una prioridad en las políticas institucionales la prevención como una estrategia para conservar la salud del personal de primera respuesta.
- Incluir el Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento en la capacitación del nuevo personal de rescate y atención a emergencias.
- Establecer formalmente un Programa de Manejo de Estrés de Incidente Crítico en la institución.
- Medir los niveles de las variables estudiadas en el personal de otras instituciones que tienen funciones de primera respuesta como el Cuerpo de Bomberos de Panamá, la Policía Nacional, el Departamento Nacional de Emergencias de la Caja de Seguro Social, etc.
- Explorar las posibles correlaciones entre las diferentes variables investigadas.
- Explorar la posible relación entre el Estrés de Incidente Crítico y otras condiciones como por ejemplo el abuso de sustancias y la violencia intrafamiliar.
- Promover más estudios en el campo de la Psicología de Emergencias y Desastres.

## LITERATURA CITADA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2004. History of the Role of Psychiatrists in Disaster. [Online], <http://www.psych.org/disaster/>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (Ed.) 1994. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (DSM-IV). Masson, España.
- BECK, J. 1995. Cognitive Therapy: Basics and Beyond. The Guilford Press, New York.
- BECK, A. y EMERY, G. 1985. Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. Basic Books, New York.
- BECK, A. y STEER, R. 1993. Beck Depression Inventory Manual. The Psychological Corporation, San Antonio.
- BECOÑA, E. 1999. Técnicas de Solución de Problemas. En: LABRADOR, F., CRUZADO, J. y MUÑOZ, M. (Ed.) 1999. Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Ediciones Pirámide, España.
- BELLACK, A. y HERSEN, M. 1989. Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Desclée De Brouwer, España.
- BELLACK, L. 1999. Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia. Segunda Edición. Manual Moderno, México.
- BOBES J., PAZ, M., BASCARÁN, M., SÁIZ, P. Y BOUSOÑO, M. 2002. Banco de Instrumentos Básicos para la Práctica de la Psiquiatría Clínica. Segunda Edición. Ars Médica, España.
- CABRERA, P., SIMÓN, E., FERNÁNDEZ R., PALAZÓN, A. y SANTODOMINGO, O. 2000. Personalidad y Estrés en el Personal Sometido a un Trabajo de Tensión y Riesgo. *Revista Cubana de Medicina Militar* 29 (2): 79-83.
- CAPLAN, G. 1967. Principios de Psiquiatría Preventiva. Paidós, Barcelona.
- CARDONA, O. 1994. Prevención de Desastres y Participación Ciudadana en Colombia. En: LAVELL, A. (Ed.) 1994. Viviendo en Riesgo: Comunidades Vulnerables y Prevención de Desastres en América Latina. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres de América Latina y Centro de Prevención de Desastres Naturales en Centroamérica, Colombia.
- CARRASCO, I. 1999. Terapias Racionales y de Reestructuración Cognitiva. En: LABRADOR, F., CRUZADO, J. y MUÑOZ, M. (Ed.) 1999. Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Ediciones Pirámide, España.

- CAZABAT, E. 2001. Una Breve Historia del Estudio del Trauma. Trabajo presentado en el II Congreso Virtual de Psiquiatría. [Online], <http://www.interpsiquis.com/2001/areas/at8/>.
- CLASSEN, C. 2001. Acute Stress Disorder as a Predictor of PTSD. *Directions in Psychiatry* 19: 401-416
- CLASSEN, C., KOOPMAN, C., HALES, R., y SPIEGEL, D. 1998. Acute Stress Disorder as a Predictor of Posttraumatic Stress Symptoms. *American Journal of Psychiatry* 155: 620-624.
- COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA. 1996. Los Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. [Online], <http://www.icrc.org/>.
- CONDORI, L., PALACIOS, A. y EGO-AGUIRRE, V. 2002. Impacto Psicológico en el Trabajo en Emergencias y Desastres en Equipos de Primera Respuesta. Sociedad Peruana de Psicología de Emergencias y Desastres del Colegio de Psicólogos del Perú, Lima.
- CORTÉS, E. 2003. La Percepción Psicológica del Riesgo y el Desastre. *Cuadernos de Crisis: Revista Semestral de la Psicología de las Emergencias y de la Intervención en Crisis* 2 (1): 15-51.
- CRUZADO, J. 1999. Técnicas de Modelado. En: LABRADOR, F., CRUZADO, J. y MUÑOZ, M. (Ed.) 1999. Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Ediciones Pirámide, España.
- CRUZADO, J., LABRADOR, F. y MUÑOZ, M. 1999. Introducción a la Modificación y Terapia de Conducta. En: LABRADOR, F., CRUZADO, J. y MUÑOZ, M. (Ed.) 1999. Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Ediciones Pirámide, España.
- DAVIS, M., HARRIS, J., GREDIAGIN, A., MAHONY, L. y LANGFORD, J. 1997. Targeting Health: Stress Management. United States Army Center for Health Promotion and Preventive Medicine, Washington DC.
- DOMÍNGUEZ, B., VALDERRAMA, P., OLVERA, Y., PÉREZ, S., CRUZ A. y GONZÁLEZ L. 2002. Manual para el Taller Teórico-Práctico del Manejo del Estrés. Plaza y Valdés, México.
- DORSCH, F. 1994. Diccionario de Psicología. Herder, Barcelona.
- ELLIS, A. 1999. Una Terapia Breve Más Profunda y Duradera. Paidós, Barcelona.
- EHRENREICH, J. 1999. Coping with Disaster: A Guidebook To Psychosocial Intervention. Mental Health Workers Without Borders, New York.
- FELDMAN, R. S. 1995. Psicología con Aplicaciones para Iberoamérica. Segunda Edición. McGraw-Hill, México.
- FIGLEY, C. (Ed.) 1999. Traumatology of Grieving. Conceptual, Theoretical and Treatment Foundations. Brunner Mazel, New York.
- FIGLEY, C. y STAMM, B. 1996. Psychometric Review of Compassion Fatigue Self Test. En: STAMM B. (Ed), Measurement of Stress, Trauma and Adaptation. Sidran Press, Lutherville.
- FOA, E., DAVIDSON, J. y FRANCES, A. (Ed.). 1999. The Expert Consensus Guideline Series: Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 60 (16).

- FOA, E. y RIGGS, D. 2001. Brief Recovery Program for Trauma Survivors. Universidad de Pennsylvania, Filadelfia.
- FRITZ, CH. 1996. Disasters and Mental Health: Therapeutic Principles Drawn from Disaster Studies. University of Delaware Disaster Research Center Historical and Comparative Disaster Series, Delaware.
- GARCÍA, V. (Ed.) 1997. Historia y Desastres en América Latina. Volumen II. Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres de América Latina, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social e Intermediate Technology Development Group, Lima.
- GIL, F. y GARCÍA, M. 1999. Entrenamiento en Habilidades Sociales. En: LABRADOR, F., CRUZADO, J. y MUÑOZ, M. (Ed.) 1999. Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Ediciones Pirámide, España.
- GIST, R. 2002. What Have They Done to my Song? Social Science, Social Movements and the Debriefing Debates. National Center on Disaster Psychology and Terrorism, Washington D.C.
- GONZÁLEZ, E. 1992. Impacto Psicológico de la Invasión en Niños Damnificados de 9 a 12 Años del Corregimiento del Chorrillo. Tesis. Universidad de Panamá, Ciudad de Panamá, República de Panamá.
- GREIST, J., JEFFERSON, J. y KATZELNICK, D. 2000. Posttraumatic Stress Disorder: A Guide. Madison Institute of Medicine, Madison.
- HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C., y BAPTISTA, P. 1998. Metodología de la Investigación. Segunda Edición. McGraw-Hill, México.
- KADZIN, A. 2001. Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Pearson Educación, México.
- LOUGHRY, M. y EYBER C. (Ed.) 2003. Psychosocial Concepts in Humanitarian Work with Children: A Review of the Concepts and Related Literature. Roundtable on the Demography of Forced Migration, National Research Council, Program on Forced Migration and Health at the Mailman School of Public Health, Columbia University, Washington D.C.
- MARCH, J. y AMAYA, L. 1993. Post-Traumatic Stress Disorder in Children and Adolescents. *PTSD Research Quarterly* 4 (4): 1-7.
- McNALLY, R., BRYANT, R. y EHLERS, A. 2003. Does Early Psychological Intervention Promote Recovery from Posttraumatic Stress? *Psychological Science in the Public Interest* 4 (2): 45-79.
- MERARI, A. 2000. Israel Preparedness for High Consequence Terrorism. Harvard University's Home Preparedness Project, Boston.
- MINISTERIO DE SALUD, CAJA DE SEGURO SOCIAL. 2003. Plan Nacional de Salud Mental. Autor, Panamá.
- MINISTERIO DE SALUD, INSTITUTO CONMEMORATIVO GORGAS DE ESTUDIOS DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2000. Lineamientos de Política de Investigación en Salud en Panamá. Autor, Panamá.
- MUÑOZ, M. Y LARROY, C. 1999. Inoculación de Estrés. En: LABRADOR, F., CRUZADO, J. y MUÑOZ, M. (Ed.) 1999. Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Ediciones Pirámide, España.

- NADER, K. y PYNOOS, R. 1993. School Disaster: Planning and Initial Interventions. UCLA Neuropsychiatric Institute Program in Trauma, Violence and Sudden Bereavement, Los Angeles.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH, CENTER FOR MENTAL HEALTH STUDIES OF EMERGENCIAS. 1985. Disaster Work and Mental Health: Prevention and Control of Stress among Workers. Autor, EE.UU.
- NICOLÁS, L. 1997. Después de los Desastres... ¿Qué?. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de España* 68.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (Ed.). 1992. Trastornos Mentales y del Comportamiento de la Décima Edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico. Autor, Ginebra.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. 2002. Protección de la Salud Mental en Situaciones de Desastres y Emergencias. Manuales y Guías sobre Desastres N° 1. Autor, Washington.
- PATON, D. 2003. Stress in Emergency Response: A Risk Management Approach. National Center on Disaster Psychology and Terrorism, Washington D.C.
- PEURIFOY, R. 2000. Cómo Vencer la Ansiedad. Un Programa Revolucionario para Eliminarla Definitivamente. Segunda Edición. Desclée De Brouwer, Bilbao.
- QUARANTELLI, 1999. Historical Development and Current Characteristics of Organized Efforts to Prevent and Respond to Disasters. University of Delaware Disaster Research Center, Delaware.
- RAICH, R. 1999. Condicionamiento Encubierto. En: LABRADOR, F., CRUZADO, J. y MUÑOZ, M. (Ed.) 1999. Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta. Ediciones Pirámide, España.
- RODRÍGUEZ, J., ABADÍA, E. y COBANO, D. 2004. Informe del Modelo de Intervención Psicológica Aplicado sobre Familiares de Víctimas del Atentado de Madrid del 11M. Grupo I.S.I.S., Sevilla.
- RODRÍGUEZ, M. 1997. Intervención Psicológica en Desastres: Un Proyecto de Trabajo. *Papeles del Psicólogo: Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de España* 68.
- RUDOLPH, J., STAMM B., Y STAMM, H. 1997. Compassion Fatigue: A Concern For Mental Health Policy, Providers and Administration. Poster at the 13th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Montreal.
- SANK, L. y SHAFFER, C. 1993. Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitiva Conductual en Grupos. Desclée De Brouwer, Bilbao.
- SARASON, I. y SARASON, B. 1996. Psicología Anormal: El Problema de la Conducta Inadaptada. Séptima Edición. Prentice Hall, México.
- SHALEV, A. 2000. Measuring Outcome in Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 61 (5): 33-39.
- SLAIKEU, K. 1999. Intervención en Crisis: Manual para Práctica e Investigación. Segunda Edición. Manual Moderno, México.

- SPEIER, A. 2000. *Psychosocial Issues for Children and Adolescents in Disaster*. Second Edition. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Washington D.C.
- SPIELBERGER, C., MARTÍNEZ U., GONZÁLEZ R., NATALICIO, L. y NATALICIO, D. 1971. Development of the Spanish Edition of the State-Trait Anxiety Inventory. *Interamerican Journal of Psychology* 5: 145-158.
- STAMM, B., RUDOLPH, J., SMITH, A, y VARRA E. 1998. Life Status Review: Monitoring Biopsychosocial Risk Factors in Traumatic Stress. Presented at the Fourteenth Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Washington D.C.
- STAMM, B., VARRA, E., PEARLMAN, L., y GILLER, E. 2002. The Helper's Power to Heal and To Be Hurt -or Helped- by Trying. National Register of Health Service Providers in Psychology, Washington D.C.
- STEURY, S. y PARKS, J. (Ed.) 2004. State Mental Health Authorities' Response to Terrorism. National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD) Medical Directors Council, Alexandria.
- TIERNEY, K. 1999. Controversy and Consensus in Disaster Mental Health Research. University of Delaware Department of Sociology and Criminal Justice and Disaster Research Center, Delaware.
- TUNNECLIFFE, M. 1995. *Como Manejar el Estrés Producido por Incidentes Traumáticos*. Bayside Books, Australia.
- VALERO, S. 2004. El Pánico y el Comportamiento Colectivo. [Online], <http://www.desastres.org/libros/panico.htm>.
- VALERO, S. 2001. *Ayudando a Ayudar: Manual para el Cuidado de la Salud Mental de los Equipos de Primera Respuesta*. Cuerpo de Bomberos del Perú, Lima.
- VALERO, S. 1999. *Evolución Histórica de la Psicología en Emergencias y Desastres*. Sociedad Peruana de Psicología de Emergencias y Desastres del Colegio de Psicólogos del Perú, Lima.
- VAN EMMERIK, A., KAMPHUIS, J., HULSBOSCH, A. y EMMELKAMP, P. 2002. Single Session Debriefing After Psychological Trauma: A Meta-analysis. *The Lancet* 360: 766-771.
- VICTORIAN GOVERNMENT DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES. 1997. *Resource Guide for Critical Incident Stress and Debriefing in Human Service Agencies*. Autor, Australia.
- WOMEN STRESS DISORDERS TREATMENT PROGRAM. 2002. *Assessing PTSD: A Guide for Clinicians*. William S. Middleton VA Hospital, Madison.

## APÉNDICES

1. Escala de Presencia y Severidad de Síntomas de Estrés Postraumático de Foa.
2. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de Spielberger.
3. Cuestionario Autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción de Stamm.
4. Presentaciones utilizadas en las Sesiones del Entrenamiento en Competencias de Afrontamiento.

El Inventario de Depresión de Beck se omite por motivos de Derecho de Autor.

**Escala de Síntomas de TEPT: Versión para Auto-Reporte (PDS; Foa et al., 1997)**

Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Terapeuta: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Abajo hay una lista de problemas que las personas a veces tienen después de experimentar un evento traumático. Lea cada uno cuidadosamente y escriba el número (0-3) que mejor describe con qué frecuencia ese problema le ha molestado en las últimas dos semanas. Califique cada problema con relación al evento traumático que lo trajo a tratamiento.

- 0 = Ninguna o solo una vez  
1 = Una vez a la semana o menos / de vez en cuando  
2 = De 2 a 4 veces a la semana / la mitad del tiempo  
3 = 5 o más veces por semana / casi siempre

- \_\_\_ 1. ¿Ha tenido pensamientos o imágenes desagradables sobre el evento traumático que han venido a su cabeza cuando usted no quería que lo hicieran?
- \_\_\_ 2. ¿He tenido sueños desagradables o pesadillas sobre el evento traumático?
- \_\_\_ 3. ¿Ha revivido el evento traumático, actuado o sentido como si estuviese ocurriendo nuevamente?
- \_\_\_ 4. ¿Se ha sentido mal EMOCIONALMENTE cuando le han recordado el evento traumático (por ejemplo: sentirse asustado, enojado, triste, culpable, etc.)?
- \_\_\_ 5. ¿Ha experimentado reacciones FÍSICAS (por ejemplo: comenzar a sudar, su corazón latiendo rápido) cuando le han recordado el evento traumático?
- \_\_\_ 6. ¿Ha intentado no pensar, hablar, o tener sentimientos acerca del evento traumático?
- \_\_\_ 7. ¿Ha intentado evitar actividades, gente o lugares que le recuerdan el evento traumático?
- \_\_\_ 8. ¿No ha sido capaz de recordar una parte importante del evento traumático?
- \_\_\_ 9. ¿Ha tenido mucho menos interés o participado mucho menos en actividades importantes?
- \_\_\_ 10. ¿Se ha sentido distante o aislado de las personas que le rodean?
- \_\_\_ 11. ¿Se ha sentido emocionalmente restringido (por ejemplo: incapaz de llorar o incapaz de tener sentimientos de amor)?
- \_\_\_ 12. ¿Se ha sentido como si sus planes futuros o esperanzas no se van a materializar (por ejemplo: que no tendrá una carrera, matrimonio, niños o una larga vida)?
- \_\_\_ 13. ¿Ha tenido problemas para quedarse o mantenerse dormido?
- \_\_\_ 14. ¿Se ha sentido irritable o tenido episodios de rabia?
- \_\_\_ 15. ¿Ha tenido problemas para concentrarse (por ejemplo: no poder seguir una conversación, perder el hilo de una historia en la televisión, olvidar lo que lee)?
- \_\_\_ 16. ¿Ha estado excesivamente alerta (por ejemplo: verificando quién se encuentra alrededor suyo, incómodo si está de espaldas a la puerta, etc.)?
- \_\_\_ 17. ¿Ha estado sobresaltado o se ha asustado fácilmente (por ejemplo: cuando alguien se le acerca por la espalda)?

Inventario de Autoevaluación  
por

C. D. Spielberg, A. Martínez-Urrutia, F. González-Reigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Guerrero

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en *este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO EN LO ABSOLUTO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado . . . . .	①	②	③	④
2. Me siento seguro . . . . .	①	②	③	④
3. Estoy tenso . . . . .	①	②	③	④
4. Estoy contrariado . . . . .	①	②	③	④
5. Estoy a gusto . . . . .	①	②	③	④
6. Me siento alterado . . . . .	①	②	③	④
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo . . . . .	①	②	③	④
8. Me siento descansado . . . . .	①	②	③	④
9. Me siento ansioso . . . . .	①	②	③	④
10. Me siento cómodo . . . . .	①	②	③	④
11. Me siento con confianza en mí mismo . . . . .	①	②	③	④
12. Me siento nervioso . . . . .	①	②	③	④
13. Me siento agitado . . . . .	①	②	③	④
14. Me siento "a punto de explotar" . . . . .	①	②	③	④
15. Me siento reposado . . . . .	①	②	③	④
16. Me siento satisfecho . . . . .	①	②	③	④
17. Estoy preocupado . . . . .	①	②	③	④
18. Me siento muy excitado y aturdido . . . . .	①	②	③	④
19. Me siento alegre . . . . .	①	②	③	④
20. Me siento bien . . . . .	①	②	③	④

# IDARE

## Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente *generalmente*.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien . . . . .	①	②	③	④
22. Me canso rápidamente . . . . .	①	②	③	④
23. Siento ganas de llorar . . . . .	①	②	③	④
24. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo . . . . .	①	②	③	④
25. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente . . . . .	①	②	③	④
26. Me siento descansado . . . . .	①	②	③	④
27. Soy una persona "tranquila, serena y sosegada" . . . . .	①	②	③	④
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas . . . . .	①	②	③	④
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia . . . . .	①	②	③	④
30. Soy feliz . . . . .	①	②	③	④
31. Tomo las cosas muy a pecho . . . . .	①	②	③	④
32. Me falta confianza en mí mismo . . . . .	①	②	③	④
33. Me siento seguro . . . . .	①	②	③	④
34. Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades . . . . .	①	②	③	④
35. Me siento melancólico . . . . .	①	②	③	④
36. Me siento satisfecho . . . . .	①	②	③	④
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan . . . . .	①	②	③	④
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza . . . . .	①	②	③	④
39. Soy una persona estable . . . . .	①	②	③	④
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado . . . . .	①	②	③	④

## Cuestionario autoaplicado de Fatiga de Compasión y Satisfacción (Stamm y Figley)

Traducido por Pedro Samayoa

Ayudar a otros lo pone en contacto con la vida de otras personas. Como usted seguramente lo ha comprobado, su compasión por aquellos que ayuda tiene dos aspectos: uno positivo y uno negativo. Este cuestionario auto aplicado le ayudará a evaluar su nivel de compasión: Qué tan en riesgo está usted de sufrir de "Burnout" y Fatiga de Compasión y también su **grado de satisfacción** en cuanto a las personas que ayuda. Considere cada una de las siguientes características de acuerdo con su **situación actual**. Usando un lápiz marque lo más honestamente posible lo que refleje su experiencia la mayoría del tiempo en la última semana.

0= NUNCA	1=RARAMENTE	2=ALGUNAS VECES	3= CON ALGUNA FRECUENCIA	4=CASI SIEMPRE	5=SIEMPRE
----------	-------------	--------------------	--------------------------------	-------------------	-----------

### 1. Sobre usted mism@

	0	1	2	3	4	5
1.1 Soy feliz						
1.2 Encuentro mi vida satisfactoria						
1.3 Tengo creencias que me apoyan						
1.4 Siento que otros me echan de menos						
1.5 Me doy cuenta de que aprendo cosas nuevas de las personas a quienes ayudo o apoyo						
1.6 Me obligo a mi mism@ a evitar pensamientos o sentimientos que me recuerdan una experiencia que me asustó						
1.7 Me sorprendo a mi mism@ evitando ciertas actividades porque me recuerdan una experiencia que me asustó.						

1.8 Tengo lapsus o bloqueos en mi memoria sobre eventos estresantes o que me hayan asustado						
1.9 Me siento conectado a otras personas						
1.10 Me siento calmad@						
1.11 Creo que tengo un balance adecuado entre mi trabajo y mi tiempo libre						
1.12 Tengo dificultades para dormirme o para permanecer despiert@						
1.13 Tengo arranques o estallidos de cólera o irritabilidad ante situaciones o provocaciones pequeñas						
1.14 Soy la persona que siempre he querido ser						
1.15 Puedo empezar algo fácilmente						
1.16 Mientras trabajo con una víctima tengo pensamientos violentos hacia el/los perpetradores						
1.17 Soy una persona sensible						
1.18 Tengo "flashbacks" (imagenes repentinas del pasado) en relación con las personas que ayudo.						
1.19 Puedo contar con el apoyo de otr@s compañer@s cuando tengo que trabajar en una situación altamente estresante.						
1.20 He tenido experiencias personales directas con situaciones traumáticas en mi vida adulta.						
1.21 He tenido experiencias personales directas con situaciones traumáticas en mi niñez						
1.22 Creo que debo pasar por una experiencia traumática en mi vida						
1.23 Creo que necesito más amigos cercanos						

1.24 Creo que no hay nadie con quien hablar acerca de experiencias altamente estresantes						
1.25 Yo estoy convencido de que trabajo muy duro por mi propio bien						
1.26 Trabajar con los que ayudo me da un gran sentido de satisfacción						
1.27 Me siento fortalecido después de trabajar con las personas que ayudo						
1.28 Estoy atemorizado por las cosas que las personas que ayudo me han dicho o hecho						
1.29 Tengo sueños problemáticos similares a los de las personas que ayudo						
1.30 Tengo pensamientos felices acerca de las personas que ayudo y sobre cómo yo puedo ayudarles						
1.31 Tengo o he tenido pensamientos intrusivos sobre las ocasiones que he estado con personas especialmente difíciles						
1.32 He tenido ocasionales e involuntarios recuerdos sobre experiencias que me causan temor mientras trabajo con las personas que ayudo.						
1.33 Estoy preocupado por una o más personas de las que ayudo						
1.34 Pierdo el sueño por las experiencias traumáticas de las personas que ayudo						
1.35 Tengo sentimientos de alegría sobre como puedo ayudar a las víctimas con las que trabajo						
1.36 Creo que he sido "infectado" por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes ayudo						
1.37 Creo que he sido "vacunado" positivamente por las experiencias traumáticas de aquellos a quienes ayudo.						

1.38 Me recuerdo a mi mism@ constantemente que debo estar menos preocupado sobre el bienestar de aquellos a quienes ayudo						
1.39 Me he sentido atrapad@ por mi trabajo como "ayudador"						
1.40 Tengo un sentido de desesperanza asociado al trabajo con aquellos que ayudo						
1.41 Me siento "al borde", "atrapado" sobre algunas cosas y esto lo relaciono con mi trabajo con ciertas personas a quienes ayudo.						
1.42 Desearía poder evitar trabajar con algunas de las personas a quienes ayudo						
1.43 Algunas personas a quienes ayudo son particularmente agradables para trabajar con ellas.						
1.44 He estado en peligro trabajando con las personas que ayudo.						
1.45 Siento que algunas personas a quienes ayudo me desagradan personalmente						

2. Sobre ser un "ayudador" y el ambiente de ayuda

2.46 Me gusta trabajar ayudando a la gente.	0	1	2	3	4	5
2.47 Siento que tengo las herramientas y recursos que necesito para hacer mi trabajo como "ayudador"						
2.48 Me he sentido débil, cansado y decaído como resultado de mi trabajo como "ayudador"						
2.49 Me he sentido deprimido como resultado de mi trabajo como "ayudador"						
2.50 Tengo pensamientos sobre que soy un éxito como "ayudador"						
2.51 No he tenido éxito al separar la						

ayuda de mi vida personal						
2.52 Disfruto con mis compañer@s						
2.53 Dependo (cuento con) de mis compañer@s para ayudarme cuando lo necesito.						
2.54 Mis compañer@s dependen (pueden contar conmigo) cuando necesitan ayuda,						
2.55 Tengo confianza en mis compañer@s						
2.56 Siento algo de compasión hacia la mayoría de mis compañer@s						
2.57 Estoy satisfecho con la forma como soy capaz de mantenerme al día con las técnicas y procedimientos de ayuda.						
2.58 Siento que estoy trabajando más por dinero y/o prestigio que por una satisfacción personal						
2.59 Aún cuando tengo que hacer trabajo de oficina que me desagrada tengo tiempo para trabajar con aquellos a quienes ayudo.						
2.60 Encuentro difícil separar mi vida personal de mi vida como "ayudador".						
2.61 Estoy satisfecho por mi capacidad de mantenerme al día con las técnicas y procedimientos de ayuda.						
2.62 Tengo sentimientos de inutilidad, desilusión y resentimiento asociado con mi rol como "ayudador"						
2.63 Tengo pensamientos sobre que soy un fracaso como "ayudador"						
2.64 Tengo pensamientos sobre que no estoy teniendo éxito en alcanzar mis metas en la vida						
2.65 Tengo que hacer tareas burocráticas sin importancia en mi trabajo como "ayudador"						
2.66 Planeo mantenerme en este trabajo por largo tiempo.						

## MANEJO DE ESTRÉS DE INCIDENTE CRÍTICO

Psic. José E. Hurtado B

## Entrenamiento En Habilidades De Afrontamiento

Sesión 1 y 2

### Ventajas del Enfoque Grupal

- Aprendizaje vicario
- Promoción de la independencia
- Aprendizaje de los compañeros
- Aprendizaje mediante la ayuda a otros
- Tener problemas similares
- Compromiso público
- Estímulo a través del éxito de otros

### Reglas

- Asistencia
- Puntualidad
- Asignaciones
- Sistema de compañeros
- Confidencialidad
- Participación

### Dinámica

- Piensa en un adjetivo que comience con la primera letra de tu nombre y que te describa
- Debes recordar el nuevo nombre de los demás
- Levántate, repite el nombre de tus compañeros, di tu nuevo nombre y explica por que lo elegiste
- Ejemplo: "Él es Beto Beligerante, ella es Ana Agonías y yo soy Tobias Temeroso, porque soy muy tímido.."

### Los individuos reaccionan de diferentes maneras dependiendo de:

- Circunstancias personales
- Preparación
- Sobrecarga/burn-out
- Grado de involucramiento
- Personalidad

## Módulos

- Relajación
- Restructuración Cognitiva
- Entrenamiento en Aserción
- Resolución de Problemas



## Relajación

- Respuesta de Relajación de Benson
- Control Respiratorio
- Relajación Progresiva de Jacobson



## Respuesta de Relajación de Benson

- Concentrarse en la respiración
- Repetir UNO al espirar
- Imaginarse un neón



## Control Respiratorio

- Una mano en el pecho y otra en el vientre, se debe mover solo el vientre
- Boca cerrada
- 4 tiempos, imaginarse un cuadrado



## Relajación Progresiva de Jacobson

- Trabaja en base a la relación entre tensión muscular y ansiedad
- Necesita unos 15 min. y un lugar tranquilo
- Se puede complementar con Imaginería guiada



¿Preguntas?



**GRACIAS**



## MANEJO DE ESTRÉS DE INCIDENTE CRÍTICO

Psic. José E. Hurtado B.

## Entrenamiento En Habilidades De Afrontamiento

Sesión 3, 4 y 5

### Reglas

- ▀ Asistencia
- ▀ Puntualidad
- ▀ Asignaciones
- ▀ Sistema de compañeros
- ▀ Confidencialidad
- ▀ Participación

### Módulos

- ▀ Relajación
- ▀ Reestructuración Cognitiva
- ▀ Entrenamiento en Aserción
- ▀ Resolución de Problemas

### Reestructuración Cognitiva (RC)

No son los acontecimientos  
los que causan nuestros  
estados extremos de  
depresión, enfado,  
ansiedad o celos...

son los pensamientos  
que nosotros tenemos  
sobre esos hechos los  
responsables de  
nuestras emociones.

### RC, ¿cómo?

- ▀ Primero: detectar el pensamiento ,darte cuenta cuando ocurre.
- ▀ Segundo: cuestionarlo, desafiando a través de preguntas.

---

### **Pensamientos Automáticos (PA)**

- Pensamientos que parecen surgir inmediata y habitualmente en determinadas situaciones.
- Suelen conllevar reacciones inadecuadas e innecesarias.



---

### **PA, ¿de dónde surgen?**

- Cómo hemos sido tratados por los demás
- Cómo se sienten nuestros modelos de rol en cuanto a sí mismos y lo que se dicen a sí mismos
- Lo que se nos ha dicho sobre nosotros mismos
- Nuestras experiencias generales de la vida



---

**¿Preguntas?**



---

**GRACIAS**



---

## MANEJO DE ESTRÉS DE INCIDENTE CRÍTICO

Psic. José E. Hurtado B.

---

## Entrenamiento En Habilidades De Afrontamiento

Sesión 6, 7 y 8

---

### Módulos

- Relajación
- Reestructuración Cognitiva
- Entrenamiento en Aserción
- Resolución de Problemas

---

### Asertividad

La forma de interaccionar con los demás puede convertirse en una fuente considerable de estrés

El entrenamiento asertivo permite reducir ese estrés, enseñando a defender los legítimos derechos de cada uno sin agredir ni ser agredido.

En definitiva, cuando se es una persona asertiva hay una mayor eficacia en las relaciones interpersonales.

---

El entrenamiento en asertividad supone el desarrollo de la capacidad para:

- Expresar sentimientos o deseos positivos y negativos de una forma eficaz sin negar o desconsiderar los de los demás y sin crear o sentir vergüenza.
- Discriminar entre la aserción, agresión y pasividad
- Discriminar las ocasiones en las que la expresión personal es importante y adecuada.
- Defenderse sin agresión o pasividad frente a la conducta poco cooperadora o razonable de los demás

---

### Conducta asertiva o socialmente hábil:

- Expresión directa de los propios sentimientos, deseos, derechos legítimos y opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas
- La aserción implica respeto hacia uno mismo al expresar necesidades propias y defender los propios derechos y respeto hacia los derechos y necesidades de las otras personas.

### Conducta asertiva o socialmente hábil:

- Las personas tienen que reconocer también cuáles son sus responsabilidades en esa situación y qué consecuencias resultan de la expresión de sus sentimientos
- La conducta asertiva no tiene siempre como resultado la ausencia de conflicto entre las dos partes, pero su objetivo es la potenciación de las consecuencias favorables y la minimización de las desfavorables



### Conducta pasiva:

- Transgresión de los propios derechos al no ser capaz de expresar abiertamente sentimientos, pensamientos y opiniones o al expresarlos de una manera autoderrotista, con disculpas, con falta de confianza, de tal modo que los demás puedan no hacerle caso
- La no aserción muestra una falta de respeto hacia las propias necesidades
- Su objetivo es el apaciguar a los demás y el evitar conflictos a toda costa.



### Conducta pasiva:

- Comportarse de este modo en una situación puede dar como resultado una serie de consecuencias no deseables tanto para la persona que está comportándose de manera no asertiva como para la persona con la que está interactuando
- La probabilidad de que la persona no asertiva satisfaga sus necesidades o de que sean entendidas sus opiniones se encuentra sustancialmente reducida debido a la falta de comunicación o a la comunicación indirecta o incompleta.



### Conducta pasiva:

- La persona que actúa así se puede sentir a menudo incomprendida, no tomada en cuenta y manipulada. Además, puede sentirse molesta respecto al resultado de la situación o volverse hostil o irritable hacia las otras personas
- Después de varias situaciones en las que un individuo ha sido no asertivo, es probable que termine por estallar. Hay un límite respecto a la cantidad de frustración que un individuo puede almacenar dentro de sí mismo



### Conducta pasiva:

- El que recibe la conducta no asertiva puede experimentar también una variedad de consecuencias desfavorables
- Tener que inferir constantemente lo que está realmente diciendo la otra persona o tener que leer los pensamientos de la otra persona es una tarea difícil y abrumadora que puede dar lugar a sentimientos de frustración, molestia o incluso ira hacia la persona que se está comportando de forma no asertiva



### Conducta agresiva:

- Defensa de los derechos personales y expresión de los pensamientos, sentimientos y opiniones de una manera inapropiada e impositiva y que transgrede los derechos de las otras personas
- Las víctimas de las personas agresivas acaban, más tarde o más temprano, por sentir resentimiento y por evitarlas



### Conducta agresiva:

- La conducta agresiva en una situación puede expresarse de manera directa o indirecta
- La agresión verbal directa incluye ofensas verbales, insultos, amenazas y comentarios hostiles o humillantes
- La agresión verbal indirecta incluye comentarios sarcásticos y rencorosos y murmuraciones maliciosas



### Conducta agresiva:

- El componente no verbal abarca gestos hostiles o amenazantes, como esgrimir el puño o las miradas intensas e incluso los ataques físicos
- Las conductas no verbales agresivas incluyen gestos físicos realizados mientras la atención de la otra persona se dirige hacia otro lugar o actos físicos dirigidos hacia otras personas u objetos



### Conducta agresiva:

- El objetivo habitual de la agresión es la dominación de las otras personas.
- La victoria se asegura por medio de la humillación y la degradación.
- Se trata en último término de que los demás se hagan más débiles y menos capaces de expresar y defender sus derechos y necesidades



### Conducta agresiva:

- La conducta agresiva es reflejo a menudo de una conducta ambiciosa, que intenta conseguir los objetivos a cualquier precio, incluso si eso supone transgredir las normas éticas y vulnerar los derechos de los demás
- La conducta agresiva puede traer como resultado a corto plazo consecuencias favorables, como una expresión emocional satisfactoria, un sentimiento de poder y la consecución de los objetivos deseados



### Conducta agresiva:

- No obstante, pueden surgir sentimientos de culpa, una enérgica contraagresión directa en forma de un ataque verbal o físico por parte de los demás o una contraagresión indirecta bajo la forma de una réplica sarcástica o de una mirada desafiante.
- Las consecuencias a largo plazo de este tipo de conductas son siempre negativas.



### Estrategias adicionales en situaciones sociales:

- Responda a los síntomas de ansiedad con acercamiento y no con huida o evitación
- Salude a la gente de manera adecuada y mirando a los ojos
- Escuche atentamente a la gente y elabore mentalmente una lista de posibles temas de conversación.
- Muestre que quiere hablar. Puede ser bueno hacerlo inicialmente con alguna pregunta.
- Hable alto y con una dicción adecuada. No susurre.
- Intente soportar algunos silencios sin ponerse nervioso



### Práctica #1

Su amiga acaba de llegar a cenar, justo una hora tarde. No le ha llamado para avisarle que se retrasaría. Usted se siente irritado por la tardanza. Le dice:

- Entra la cena está en la mesa. **CONDUCTA PASIVA**
- He estado esperando durante una hora. Me hubiera gustado que me hubieras avisado que llegabas tarde. **CONDUCTA ASERTIVA.**
- Me has puesto muy nervioso llegando tarde. Es la última vez que te invito. **CONDUCTA AGRESIVA**



### Práctica #2

Un compañero de trabajo le da constantemente su trabajo para que Ud. lo haga. Usted decide terminar con esta situación. Su compañero acaba de pedirle que haga algo de su trabajo. Usted le contesta:

- Estoy bastante ocupado. Pero si no consigues hacerlo, te puedo ayudar. **CONDUCTA PASIVA.**
- Olvidalo. Casi no queda tiempo para hacerlo. Me tratas como a un esclavo. Eres un desconsiderado. **CONDUCTA AGRESIVA**
- No, compañero. No voy a hacer nada más de tu trabajo. Estoy cansado de hacer, además de mi trabajo, el tuyo. **CONDUCTA ASERTIVA.**



### Práctica #3

Una persona (o familia) desconocida se acaba de mudar a la casa de al lado. Quieres conocerles.

- Sonríes al tiempo que tu vecino se acerca, pero no dices nada. **CONDUCTA PASIVA.**
- Usted se acerca a la puerta de ellos y dice: ¡Hola! Soy Armando/Nicolás. Vivo en la casa de al lado. Bienvenidos. Me alegro de conocerlos. **CONDUCTA ASERTIVA.**
- Usted mira a los vecinos por la ventana. **CONDUCTA AGRESIVA**



### ESTRATEGIAS PARA HACER MAS EFICACES LAS RESPUESTAS ASERTIVAS

- **Tener un buen concepto de sí mismo.** Mucha gente no es asertiva porque carece de autoestima. Es importante recordarse a sí mismo que se es tan importante como los demás y tomar en serio las propias necesidades.
- **Planificar los mensajes.** Conseguir que todos los hechos y puntos estén aclarados con antelación, confeccionando notas de referencia si la situación lo permite. Esto ahorra tiempo, produce confianza y puede disminuir la intimidación por parte de los demás.



- **Ser educado.** Enfadarse provoca confusión en uno mismo y hace que los demás vean al individuo débil, histérico y con una baja credibilidad. Hay que recordar que se deben tomar en consideración los puntos de vista de los demás y comunicarles que se entiende su punto de vista. Negar o ser testarudo no suele funcionar a largo plazo. Es mejor guardar la calma y educada, pero firmemente, exponer la opinión propia.

- **Guardar las disculpas para cuando sean necesarias.** No se debe pedir excusas; a menos que sea necesario hacerlo. Si se reservan las disculpas para cuando sean apropiadas, no se disminuirá ni su valor ni el propio, y los demás tomarán al individuo en serio para otros asuntos.



- **No arrinconar a los demás.** El hecho de hacer esto habitualmente provocará cólera y resentimiento, lo cual siempre dificulta las relaciones. Si uno se quiere asegurar la cooperación de los demás, siempre se les debe proporcionar, cuando sea posible, una salida (con suerte, la salida que uno desea) y se deben esbozar las consecuencias constructivas de tal alternativa para los demás y para uno mismo.

- **Nunca recurrir a las amenazas.** Si se responde a cualquier injusticia con fuertes amenazas, la credibilidad y la cooperación que se pretenden desaparecerán. Una afirmación tranquila de los pasos que se está dispuesto a seguir es mucho más eficaz. También si se afirma que se asegurarán una serie de pasos, hay que asegurarse de hacerlo, para que así las respuestas de uno sean tomadas en serio en el futuro.



---

• **Aceptar la derrota cuando sea necesario** La aserción comporta comprensión cuando las acciones subsiguientes no son constructivas, aceptando la derrota con elegancia, en buenos términos con el otro. Los malos sentimientos saldrán más tarde. Si se le ve aceptar situaciones cortésmente tras una discusión, la gente le respetará más. A nadie le gusta ser un mal perdedor.



---

**¿Preguntas?**



---

**GRACIAS**



---

## MANEJO DE ESTRÉS DE INCIDENTE CRÍTICO

Psic. José E. Hurtado B.

---

## Entrenamiento En Habilidades De Afrontamiento

Sesión 9 y 10

---

### Módulos

- Relajación
- Reestructuración Cognitiva
- Entrenamiento en Aserción
- Resolución de Problemas

---

### Resolución de Problemas

- Identificación del problema
- Formulación de metas
- Generar alternativas
- Evaluar alternativas
- Toma de decisiones
- Verificación
- Preparación para la implementación
- Implementación y resultado

---

#### Identificación del problema:

- Requiere contemplar los antecedentes del problema su historia de recurrencia y los intentos de resolución anteriores
- También requiere que se defina el problema con precisión
- Conflicto entre meta y obstáculo o entre un objetivo y otro

---

#### Formulación de metas:

¿Qué significaría la solución de este problema?

---

## MANEJO DE ESTRÉS DE INCIDENTE CRÍTICO

Psic. José E. Hurtado B.

---

## Entrenamiento En Habilidades De Afrontamiento

Sesión 9 y 10

---

### Módulos

- Relajación
- Reestructuración Cognitiva
- Entrenamiento en Aserción
- Resolución de Problemas

---

### Resolución de Problemas

- Identificación del problema
- Formulación de metas
- Generar alternativas
- Evaluar alternativas
- Toma de decisiones
- Verificación
- Preparación para la implementación
- Implementación y resultado

---

#### Identificación del problema:

- Requiere contemplar los antecedentes del problema su historia de recurrencia y los intentos de resolución anteriores
- También requiere que se defina el problema con precisión
- Conflicto entre meta y obstáculo o entre un objetivo y otro

---

#### Formulación de metas:

¿Qué significaría la solución de este problema?

