

La Evaluación del Estrés Traumático Secundario. Estudio Comparado en Bomberos y Paramédicos de los Servicios de Emergencia de Guadalajara, México

Secondary Traumatic Stress Assessment. Compared Study in Firemen and Paramedics in Emergency Services

Rosa Meda

Universidad de Guadalajara, México.

Bernardo Moreno-Jiménez

Universidad Autónoma de Madrid, España

Andrés Palomera

Elva Arias

&

Rodrigo Vargas

Universidad de Guadalajara, México

(Rec: 20 de junio de 2011 / Acep: 20 de marzo de 2012)

Resumen

El estrés traumático secundario, se refiere a un proceso por el cual “un individuo que observa el sufrimiento de otro, experimenta paralelamente las mismas respuestas emocionales a las emociones reales o esperadas de la otra persona”, Moreno, Morante, Rodríguez & Garrosa (2004). A partir de esta noción, Moreno, Garrosa, Morante, Rodríguez & Losada (2004b) diseñaron el Cuestionario de Estrés Traumático Secundario (CETS). Se presenta un estudio comparado en dos muestras de bomberos y paramédicos con un total de 427 sujetos. Los paramédicos se percibieron con mayor presión social y mayor nivel de comprensibilidad, los bomberos con mayor percepción de sobrecarga laboral, mayor nivel de empatía y consecuencias sociales. Las mujeres se percibieron con mayor presión social en el trabajo y los hombres con mayor sobrecarga laboral y sentido del humor. Se reportan correlaciones entre las sub escalas del CETS, que confirman la relación entre las dimensiones de un modelo procesual desarrollado por Moreno, Morante, Rodríguez & Rodríguez (2008).

Palabras clave: Estrés Traumático Secundario, profesional de emergencias, bomberos, México.

Abstract

The concept of secondary traumatic stress refers to a process whereby “an individual who observes the suffering of another, parallel experience the same emotional responses to actual or anticipated emotions of another person,” Moreno, Morante, Rodríguez & Garrosa (2004). Based in this model Moreno, Garrosa, Morante, Rodríguez & Losada (2004b) designed the Secondary Traumatic Stress Questionnaire (STSQ). This study presents a comparative study of secondary traumatic stress realized with 427 subjects divided in two samples of firefighters and emergency paramedics. Emergency paramedics perceived more social pressure and a higher level of comprehension, while firefighters had a higher perception of work overload, high level of empathy and social consequences. Gender differences show that women perceived more social pressure at work and men perceived more overload and sense of humor. Correlations between the subscales of STSQ, confirm the relationship between the dimensions of the process model developed by Moreno, Morante, Rodríguez & Rodríguez (2008).

Keywords: Secondary Traumatic Stress, emergency paramedics, firefighters, Mexico.

Introducción

Durante las últimas décadas, cada vez más personas han sido blanco de violencia de masas, terrorismo, actos delictivos (asaltos, golpes, asesinatos, etc.), violencia doméstica, diversas formas de maltrato infantil, desastres naturales, y en general, una amplia gama de situaciones traumáticas naturales o inducidas por el hombre y que se han vuelto ya parte de la cotidianidad. Los profesionales de la salud mental principalmente, y otros profesionales especializados en estas áreas, son llamados para tratar a las víctimas de los eventos traumáticos, a escuchar los relatos del sufrimiento humano y a observar las emociones de miedo, impotencia y horror expresadas por los sobrevivientes (Regan, Burley, Hamer & Wright, 2006).

En el campo del estudio del trauma se ha desarrollado el concepto de Fatiga por compasión que hace referencia a la tensión traumática secundaria, o lo que es lo mismo, al “coste de preocuparse por los otros o por su dolor emocional” (Figley, 1982). Joinson en 1992, utilizó este concepto aplicándolo a la profesión de enfermería; describiendo el síndrome que muchas enfermeras padecían a causa de su exposición a las historias traumáticas de sus pacientes. Mientras que Kottler (1992) acentuaba la importancia de la compasión o la empatía con pacientes sumamente difíciles y resistentes como factor de riesgo para el desarrollo de fatiga por compasión. Así, la exposición continua a las manifestaciones emocionales de las personas traumatizadas, puede dar lugar a un proceso progresivo de desgaste emocional o fatiga por compasión, llegando a un punto en el que el profesional siente que ya no puede dar más de sí mismo (Stamm, 1995, 1997). Como consecuencia de la Fatiga por compasión, el profesional se siente más vulnerable a los pensamientos y percepciones estresantes generados por personas cuyo sentido de la vida y de la seguridad ha sido gravemente dañado (Janoff-Bulman, 1992).

Existen diferentes términos para este proceso caracterizado por la exposición a la crisis traumática que vive la víctima primaria, algunos de ellos son: estrés traumático secundario: traumatización secundaria (Follette, Polusny & Milbeck, 1994), persecución secundaria (Figley, 1985), tensión traumática secundaria (Stamm, 1995, 1997), traumatización vicaria (McCann & Pearlman, 1990a; Pearlman & Saakvitne, 1995a), y sobreviviente secundario (Remer & Elliott, 1988a). Otro término complementario, el contagio emocional (Miller, Stiff & Ellis, 1988), ha sido definido como un proceso afectivo en el cual “un individuo que observa el sufrimiento en otro, experimenta paralelamente las mismas respuestas emocionales a las emociones reales o esperadas de aquella otra persona”.

El tema resulta de difícil manejo por la necesidad de elaborar un modelo integrador en el que interactúen la naturaleza del evento traumático al que ha sido expuesto el cuidador, su historia personal, sus habilidades emocionales,

sus características de personalidad y los factores ambientales que le rodean. No obstante, se hace relevante su estudio y el conocimiento de la incidencia del estrés traumático secundario en los profesionales y trabajadores de la ayuda ya traumatizados.

En este sentido algunos autores han desarrollado modelos que explican la naturaleza del estrés traumático secundario (Beaton & Murphy, 1995; Dutton & Rubinstein, 1995; Figley, 1995) como síndrome característico de muchos profesionales de la ayuda, consecuencia de trabajar con personas víctimas de algún trauma. Además, describen cómo y por qué algunas personas desarrollan estrés traumático secundario, mientras que otras no presentan síntomas. Un elemento de la mayoría de estas teorías es el concepto de empatía, considerada como un recurso principal de aquellos que trabajan con traumas (Figley, 1995). Esta habilidad emocional es importante tanto al valorar el problema como para formular un tratamiento adecuado. La investigación en estrés traumático secundario sugiere que la empatía es un factor fundamental para padecer el síndrome y contraer una sintomatología similar a la de la víctima (Figley, 1995; Moreno et al, 2004b).

Figley (1995) en su modelo indica cuatro factores relacionados con el profesional de la ayuda que juegan un importante papel en la predisposición a experimentar estrés traumático secundario: la capacidad para empatizar, el comportamiento hacia la víctima, la habilidad para distanciarse del trabajo y el propio sentimiento de satisfacción por ofrecer ayuda. La empatía ayuda a comprender el proceso traumático por el que está pasando la víctima, pero durante el proceso de entendimiento, el profesional puede llegar a traumatizarse del mismo modo (Figley, 1999). Esto a su vez puede ser potenciado por la historia de trastornos del profesional junto con sus recuerdos traumáticos. De ahí la importancia de intervenir en el proceso de adquisición del síndrome. (Figley, 1999). Por otro lado, Schauben & Frazier (1995) encontraron que la falta de compromiso correlacionaba positivamente con las medidas en estrés traumático secundario, esto es, el estar poco comprometido con el trabajo estaba directamente relacionado con el impacto negativo del trauma.

Dutton & Rubinstein (1995) proponen un modelo teórico explicativo del estrés traumático secundario integrado por cuatro componentes diferentes: el evento traumático al cual el cuidador ha sido expuesto, sus reacciones ante dicho evento, las estrategias de afrontamiento que utiliza y el personal mediador ante esas reacciones o síntomas de estrés al igual que el contexto ambiental en el que se encuentre. Moreno, Morante, Rodríguez & Garrosa (2004d) proponen un modelo procesual en que son consideradas las variables sociodemográficas en general, los antecedentes organizacionales que tratan sobre las dificultades propias de la tarea que se realiza o del nivel de satisfacción que se tiene, las variables de personalidad, haciendo énfasis en la

empatía, la comprensibilidad, el reto y el sentido del humor y por último las consecuencias, ya sean individuales, sociales u organizacionales. Consideran que el núcleo de todo el proceso, el estrés traumático secundario (ETS), es el conjunto de tres factores: la fatiga por compasión, la sacudida de creencias y la sintomatología postraumática relacionada con el fenómeno.

Sin embargo, debido quizás a que el ETS no es aún una categoría diagnóstica tipificada como tal, las estadísticas sobre la prevalencia son escasas y determinadas tan sólo por el análisis de las investigaciones empíricas llevadas a cabo con grupos muestrales específicos, faltando una visión del problema general. En el ámbito más general del trauma, Bride (2007) refiere que en los Estados Unidos, la prevalencia de la exposición a eventos traumáticos a lo largo de la vida es del 40% al 81% por ciento, y se estima que entre un 60.7% de hombres y un 51.2% de mujeres han sido expuestos a uno o más eventos traumáticos, y que un 19.7% ciento de hombres y un 11.4% de mujeres informan la exposición a tres o más de tales eventos (Breslau, Kessler, Chilcoat, Schultz, Davis & Andreski; 1998; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995).

Los estudios sobre trauma secundario han mostrado que suele estar presente en los profesionales de la ayuda. Nurit, Goldwag, Feigenberg, Abadi & Halpern (2008) estudiaron la calidad de vida en el trabajo de paramédicos en Israel e identificaron los factores que satisfacen a estos: fueron las creencias de rescatar y salvar a las personas, así como la implicación emocional al trabajo, sobrecarga laboral y sensación de agotamiento. Mearns & Flin (2010) evaluaron las fuentes de estrés, afrontamiento y satisfacción laboral en 617 bomberos de Malasia y 346 de Reino Unido, reportando que las fuentes de estrés laboral tienen correlaciones negativas con la satisfacción laboral y bienestar psicológico. Los resultados del análisis de regresión indicaron que las conductas de afrontamiento tienen una influencia significativa sobre la satisfacción laboral general de los bomberos del Reino Unido, pero no para los bomberos de Malasia. Sin embargo, las conductas de afrontamiento tienen un efecto significativo como variable moderadora entre las fuentes de estrés y la salud psicológica de los bomberos de Malasia.

Los datos expuestos muestran el insuficiente estudio empírico en muestras profesionalizadas de atención al trauma. En el estudio que aquí se presenta se analizan dos muestras de profesionales de la ayuda en situaciones que en muchos contextos suponen la presencia del trauma: bomberos y paramédicos de emergencias del Estado de Jalisco. El objeto del estudio es evaluar diferentes elementos del proceso del trauma secundario: antecedentes organizacionales y ocupacionales, variables de personalidad, síndrome traumático secundario y consecuencias. Objetivo del estudio es contrastar ambas muestras en los diferentes elementos del proceso así como contrastar las diferencias de género.

Método

Participantes

La muestra estuvo compuesta por un total de 427 sujetos pertenecientes a dos muestras diferentes, 204 fueron profesionales de emergencias médicas de la Cruz Verde y 223 bomberos de los municipios de Guadalajara, Tlajomulco y Tlaquepaque, en Jalisco, México. La tasa de respuesta fue de 53.4%. En cuanto a la distribución por grupo profesional, el 52.2% fueron bomberos y el 47.8% profesional de emergencias médicas. La edad promedio fue de 32.5 años ($DE= 8.3$). El 24% de los participantes fueron mujeres. La experiencia profesional media fue de 9 años ($DE= 6.9$). El 77% de los trabajadores informaron tener contrato fijo. El 32% refirió haber padecido alguna experiencia traumática personal de forma directa.

Instrumentos

Se utilizó el *Cuestionario de Estrés Traumático Secundario* (Moreno et al., 2004b). El cuestionario utilizado, además del síndrome de estrés traumático secundario, permite medir las variables antecedentes, las variables de personalidad que pueden estar influenciando y las consecuencias sociales, laborales y físicas que el estrés traumático secundario puede producir. Todo el cuestionario está formulado en un formato de respuesta de tipo Likert con cuatro puntos de respuesta, de totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (4).

Escala de trauma secundario. El síndrome trauma secundario se evalúa mediante tres subescalas: la subescala de fatiga emocional evalúa el grado de agotamiento físico y emocional que el “profesional de la ayuda” padece debido a la labor asistencial y de auxilio que realiza. Consta de 4 reactivos, entre los cuales se pueden encontrar algunos como “Me supera emocionalmente este trabajo”, “Me siento emocionalmente sin fuerzas”. La subescala de sintomatología traumática secundaria, formada por 6 reactivos, evalúa reacciones de estrés postraumático relacionado con el trabajo o con la exposición a material altamente estresante en el cuidado. Se identifican reacciones de tipo cognitivo, emocionales, conductuales y somáticas, de acuerdo a la clasificación que establece el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Algunos de los reactivos que definen esta escala son “A veces me cuesta concentrarme tras un aviso muy grave”, “En este trabajo, a veces es difícil contener el llanto” y “A veces te quedas paralizado sin saber qué decir a los pacientes”. Finalmente, la subescala de sacudida de creencias hace referencia al cambio de creencias y/o valores que puede tener lugar tras el trauma, que ha sido identificado como uno de los elementos nucleares del estrés postraumático (Janoff-Bulmann, 1992). Conformada por 4 reactivos, algunos ejemplos son: “Mi trabajo me ha hecho

ver que el mundo es injusto” y “Me he llegado a cuestionar mis propias creencias después de algunas intervenciones”.

Escala de Antecedentes. Se evalúa mediante cuatro subescalas. La escala de Carga laboral y temporal. Evalúa el grado de carga cuantitativa y temporal que el “profesional de la ayuda” padece. Consta de 5 reactivos, entre los cuales se pueden encontrar algunos como “A veces, por falta de tiempo, hay que tomar decisiones sobre el enfermo, basadas en criterios no muy claros”, “La presión temporal impide realizar bien el trabajo que hay que hacer”. Subescala de Presión social, compuesta por 5 ítems relacionados con la demanda social, la responsabilidad y el reconocimiento que la tarea conlleva. Algunos ítems representativos son “Genera malestar el que se confíe tanto en el profesional que debes ser” y “lo más molesto son los reproches de los familiares”. La subescala de Tarea traumática evalúa el grado de exposición a situaciones altamente estresantes, emocionalmente demandantes y/o traumáticas ocurridas en el lugar de trabajo. Consta de 5 reactivos, algunos ejemplos son: “me resulta muy difícil comunicar o estar presente cuando se comunica el fallecimiento del paciente a sus familiares”, “me cuesta olvidar situaciones donde la víctima es un menor o un anciano”. La subescala de Satisfacción por ayudar, compuesta por 5 ítems indicativos del nivel de satisfacción que produce la atención de ayuda. Ejemplos de ello son “La satisfacción que me reporta mi trabajo me da energías para continuar” y “Pienso continuar en este trabajo mientras pueda”.

Variables de personalidad. Evalúa cuatro variables de personalidad que influyen en la tarea de ayuda. La comprensibilidad, compuesta por 5 ítems, es entendida como la propensión del sujeto a considerar la realidad, natural e interpersonal, como estable, ordenada, consistente y predecible, mientras que el reto, compuesta por 5 ítems se concibe como la capacidad que tienen los sujetos de percibir el cambio como una posibilidad y una alternativa para mejorar las propias competencias. Algunos ejemplos son: “cuando me enfrento a un problema, la elección de una solución es siempre confusa y difícil de encontrar” (comprensibilidad) y “lo que más me gusta de mi trabajo es que hay una gran variedad de situaciones” (reto). Por otro lado, la empatía, con cuatro ítems, entendida como la capacidad de ponerse en el lugar de otro y compartir sus sentimientos, parece ser el factor más determinante cuando se padece el síndrome de estrés traumático. Aquellas personas con puntuaciones más elevadas en esta variable son las que mayores probabilidades presentan de padecer una sintomatología similar a la de la víctima (Figley, 1995). El sentido del humor está integrado por cuatro ítems, como actitud o estado de ánimo ante la vida, se muestra como una variable inversamente relacionada con la sintomatología traumática (Figley, 1995). Un ejemplo es “creo que hacer chistes o bromear mejora el estado de ánimo mientras se trabaja”.

Consecuentes del Estrés Traumático Secundario. Se elaboró con tres subescalas: *Consecuentes físicos:* Compuesta por 3 reactivos que evalúan la aparición de problemas de salud como dermatológicos, intestinales o cardíacos. *Consecuentes Sociales,* compuesta por 4 reactivos que evalúan la aparición de discusiones familiares, problemas de pareja, conductas agresivas y otras similares; y *Consecuentes Organizacionales:* Formada por 4 reactivos relativos al absentismo laboral, accidentes, bajas laborales y otros.

Procedimiento

La aplicación de los instrumentos se realizó en forma individual en el lugar de trabajo, a los sujetos se les entregó un sobre cerrado que contenía los instrumentos, junto a una carta de consentimiento informado, que fue llenado y devuelto a los entrevistadores.

Resultados

La descripción general de la muestra es que 330 sujetos (76.4%) eran del sexo masculino y los 97 restantes (23.6%) del sexo femenino, por lo que se encontró una mayor predominancia del sexo masculino, más marcada aún en el caso del grupo de bomberos y protección civil, el 93.9% (201) fueron hombres y el 6.1% (13) mujeres; pero esto se debe al hecho de que, aunque este empleo no es exclusivo de los hombres, generalmente son ellos quienes lo solicitan.

En relación a la validez interna del Cuestionario de Estrés Traumático Secundario (CETS), se encontraron índices de fiabilidad interna o consistencia aceptables. Como puede observarse en la tabla 1, los niveles de consistencia interna de 10 de las 14 subescalas se sitúan por encima del .70 recomendado (Nunnally & Berstein, 1994), salvo las dimensiones de presión social, tarea traumática, sacudida de creencias y consecuencias físicas, ligeramente inferiores.

Como puede observarse en la tabla 2, los parámetros media y DE en las variables del CEST obtenidos mediante una escala likert de rango 1-4 son intermedios. Puede observarse que en general las medias más altas son las del grupo de Antecedentes laborales y las más bajas las del grupo de Consecuencias. Estos resultados parecen indicar un alto nivel de exigencias en las condiciones psicosociales de la tarea de ayuda y un nivel de consecuencias que tiende a ser bajo en la totalidad de la muestra. Los valores más altos en el conjunto de variables son los de Satisfacción por ayudar y reto como variable de personalidad. Los valores más bajos son los referidos a las Consecuencias organizacionales y físicas, resultados que permiten una primera aproximación a la totalidad de la muestra.

Uno de los objetivos del CETS es evaluar los elementos del estrés traumático profesional atendiendo a los principales elementos del proceso: antecedentes, síndrome, variables

Tabla 1. Descriptivos de fiabilidad de las escalas del CETS

	N de elementos	α
Escala de Antecedentes	21	
1. Carga laboral y temporal	5	.772
2. Presión social	5	.690
3. Tarea traumática	6	.684
4. Satisfacción por ayudar	5	.824
Escala de ETS	14	
1. Fatiga emocional	4	.833
2. Sacudida de creencias	4	.674
3. Sintomatología	6	.717
Escala de Personalidad	18	
1. Empatía	4	.776
2. Comprensibilidad	5	.843
3. Reto	5	.859
4. Sentido del humor	4	.783
Escala de Consecuencias	11	
1. Consecuencias sociales	4	.792
2. Consecuencias organizacionales	4	.873
3. Consecuencias físicas	3	.651

Tabla 2. Parámetros de las variables del CETS

	M	DT
Antecedentes		
1 Condiciones Laborales y Temporales	2.60	.71
2 Presión social	2.30	.64
3 Tarea Traumática	2.45	.64
4 Satisfacción por ayudar	2.98	.44
Síndrome de ETS		
5 Fatiga emocional	1.71	.58
6 Sacudida de Creencias	2.38	.69
7 Sintomatología traumática	2.57	.63
Variables de Personalidad		
8 Empatía	2.25	.65
9 Comprensibilidad	2.98	.67
10 Reto	3.14	.66
11 Sentido del humor	2.73	.73
Consecuencias		
12 Consecuencias Sociales	1.72	.72
13 Consecuencias Organizacionales	1.33	.57
14 Consecuencias físicas	1.44	.62

moduladoras de personalidad y consecuencias, por ello se procedió a establecer la matriz de correlaciones de los cuatro elementos del proceso en sus diferentes variables a fin de analizar las relaciones entre los diferentes componentes y entre las variables que lo componen. Se pueden encontrar en ella las correlaciones significativas entre las catorce subescalas, destacando la correlación entre las variables

de una misma subescala (Antecedentes, ETS, Personalidad y Consecuencias). Teniendo como base teórica el modelo procesual se analizaron estas correlaciones atendiendo a las relaciones encontradas entre síndrome, antecedentes, personalidad y consecuencias.

En la subescala del síndrome, Fatiga emocional correlaciona positiva y significativamente con las tres escalas de

Tabla 3. Correlaciones entre las subescalas del Cuestionario de Estrés Traumático Secundario.

	Escala de Antecedentes organizacionales del ETS			Escala de ETS			Escala de Personalidad			Escala de Consecuencias			
	Sobrecarga laboral	Presión Social	Tarea Traumática	Satisfacción por Ayudar	Fatiga emocional	Sintomatología	Sacudida de Creencias	Empatía	Comprensibilidad	Reto	Sentido del Humor	Consec. sociales	Consec. Organi. Indiv.
Sobrecarga Laboral													
Presión Social	.322(**)												
Tarea Traumática	.295(**)	.581(**)											
Satisfacción por Ayudar	.235(**)	.149(**)	.161(**)										
Fatiga emocional	.113(*)	.255(**)	.259(**)	-.167(**)									
Sintomatología	.243(**)	.348(**)	.477(**)	.156(**)	.167(**)								
Sacudida de Creencias	.172(**)	.317(**)	.369(**)	.073	.317(**)	.364(**)							
Empatía	.235(**)	.303(**)	.429(**)	.116(*)	.181(**)	.593(**)	.371(**)						
Comprensibilidad	-.284(**)	-.318(**)	-.320(**)	-.041	-.436(**)	-.348(**)	-.462(**)	-.510(**)					
Reto	.226(**)	.132(**)	.172(**)	.300(**)	-.143(**)	.293(**)	.107(*)	.159(**)	.026				
Sentido del humor	.354(**)	.246(**)	.360(**)	.155(**)	.067	.337(**)	.225(**)	.318(**)	-.239(**)	.300(**)			
Consecuencias Sociales	.231(**)	.168(**)	.254(**)	.010	.426(**)	.290(**)	.293(**)	.336(**)	-.467(**)	-.016	.218(**)		
Consec. Organiz.	.016	.074	.091	-.210(**)	.537(**)	.144(**)	.249(**)	.253(**)	-.447(**)	-.228(**)	.038	.502(**)	
Consec. Individ.	.090	.067	.103(*)	-.135(**)	.297(**)	.146(**)	.166(**)	.230(**)	-.262(**)	-.101(*)	.065	.555(**)	.690(**)

** p < 0.01

* p < 0.05

antecedentes laborales (Sobrecarga $r = .113$, $p < .05$, Presión $r = .255$, $p < .01$), Tarea traumática ($r = .259$, $p < .01$), y negativamente con la satisfacción de ayudar ($r = -.167$, $p < .01$). Lo que indica una asociación positiva con las condiciones sociales de la tarea y negativa con la motivación del trabajo que se efectúa. Por su parte, sintomatología traumática secundaria correlaciona positivamente con los cuatro componentes de la Escala de Antecedentes: sobrecarga laboral, presión social, tarea traumática y satisfacción por ayudar. En el mismo sentido, sacudida de creencias correlacionó positivamente con las subescalas de sobrecarga laboral, presión social y tarea traumática.

En lo que respecta a la correlación de los componentes del Síndrome de Estrés secundario con las variables de Personalidad, se pueden destacar los claros resultados encontrados con la variable de empatía y comprensibilidad, siendo más complejos y heterogéneos los resultados del reto y sentido del humor. En este sentido, se encontraron correlaciones positivas entre empatía y las tres subescalas del ETS, indicando un alto nivel de asociación. Por otra parte, la subescala de comprensibilidad correlacionó negativamente con los tres elementos del síndrome: fatiga emocional, sintomatología traumática secundaria y sacudida de creencias.

En lo que respecta a la correlación entre los componentes del síndrome de estrés traumático secundario con las consecuencias se encontraron correlaciones positivas significativas con los tres tipos de consecuencias especificadas, físicas, sociales y organizacionales, en todos los casos con un nivel alto de significación, lo que indica la asociación entre los niveles del síndrome y las consecuencias evaluadas.

Uno de los objetivos del trabajo era contrastar los resultados del CEST en dos muestras de profesionales en riesgo de desarrollar el ETS, por ello efectuó un contraste de medias entre ambas muestras, entre el grupo de bomberos y protección civil con el grupo de profesionales de urgencias médicas, en la totalidad de las escalas del CEST. Objetivo de la comparación de medias era encontrar los perfiles diferenciales entre ambas muestras, tomando como base el hecho de que las actividades específicas que desempeñan estos dos grupos, y por tanto también sus factores de riesgo laboral, pueden ser de naturaleza distinta. En los análisis de comparación de medias mediante el uso de la prueba "t" para muestras independientes, recogidos en la tabla 2, se muestran cómo el grupo de bomberos y protección civil obtuvo niveles más elevados en las subescalas de *sobrecarga laboral* ($p = < .001$), *empatía* ($p = < .009$) y *consecuencias sociales* ($p = < .017$), mientras que el grupo de paramédicos obtuvo niveles más altos en las subescalas de *presión social* ($p = < .002$) y *comprensibilidad* ($p = < .000$).

Tabla 4. Comparación de medias de las subescalas por grupos laborales.

Sub escalas	Servicios de urgencia médica N=204		Bomberos y protección civil N=223		
	Media	Desv. Típ.	Media	Desv. Típ.	
Escala de Antecedentes del ETS	Sobrecarga laboral	2.50	.71	2.69***	.69
	Presión Social	2.37**	.5	2.24	.52
	Tarea Traumática	2.40	.62	2.48	.62
	Satisfacción por Ayudar	2.96	.52	3.00	.48
Escala de ETS	Fatiga emocional	1.69	.36	1.74	.35
	Sintomatología	2.57	.58	2.56	.50
	Sacudida de Creencias	2.33	.55	2.44	.53
Escala de Personalidad	Empatía	2.19	.57	2.31**	.55
	Comprensibilidad	3.11**	.52	2.85	.56
	Reto	3.17	.59	3.10	.55
	Sentido del humor	2.70	.61	2.76	.59
Escala de Consecuencias del ETS	Consecuencias Sociales	1.64	.55	1.81*	.58
	Consecuencias organizacionales	1.31	.43	1.37	.43
	Consec. Individuales	1.44	.65	1.44	.59

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Tabla 5. Comparación de medias de las subescalas por sexo.

Subescalas	Masculino N = 330		Femenino N = 97		
	Media	DT.	Media	DT.	
Escala de Antecedentes del ETS	Sobrecarga laboral	2.62	.62	2.50	.68
	Presión Social	2.26	.54	2.45*	.55
	Tarea Traumática	2.45	.63	2.45	.59
Escala de ETS	Satisfacción por Ayudar	2.99	.50	2.95	.52
	Fatiga emocional	1.70	.34	1.75	.40
	Sintomatología	2.55	.54	2.64	.55
	Sacudida de Creencias	2.41	.53	2.32	.57
Escala de Personalidad	Empatía	2.24	.56	2.26	.58
	Comprensibilidad	2.95	.55	3.08	.55
	Reto	3.14	.54	3.13	.59
	Sentido del humor	2.77*	.58	2.60	.64
Escala de Consecuencias del ETS	Consecuencias Sociales	1.75	.58	1.64	.53
	Consecuencias organizacionales	1.34	.43	1.32	.42
	Consecuencias Individuales	1.44	.63	1.44	.61

* $p < 0.05$

La comparación de medias utilizando como base la variable *sexo*, mostró diferencias significativas en los niveles de la subescala de presión social ($p < .017$), con puntuaciones más elevadas en las mujeres, mientras que en las subescalas de sobrecarga laboral ($p < .022$) y sentido del humor ($p < .040$) las puntuaciones más elevadas las obtuvo el sexo masculino (Ver Tabla 5).

Discusión

Aunque insuficientes, los datos de que se dispone muestran que el estrés traumático ha aumentado como consecuencia del aumento de diferentes desastres naturales y de la extensión de la violencia social. Ello ha obligado a los gobiernos y específicamente a las autoridades sanitarias a proveer de profesiones de ayuda que atiendan al estrés al estrés traumático. Una de las consecuencias inevitables de ello es la aparición de muestras profesionales de riesgo ante el estrés traumático secundario como resultado de su misma eficiencia profesional y de la dureza emocional y humana de la tarea que tienen que ejecutar. Ejemplos de tales muestras profesionales son los bomberos y los para-profesionales de emergencias. Ante estos hechos, es importante realizar estudios empíricos que muestren la posible afectación de tales profesionales por el ETS, pues afecta a su eficacia y a su salud laboral. El objeto de trabajo era realizar este estudio en dos de estas muestras profesionales a fin de establecer un

posible perfil diferencial entre ellas. Objeto complementario era establecer un perfil diferencial en función del género.

Es importante señalar que si bien el estrés traumático secundario ha sido evaluado en varios escenarios con grupos vulnerables de distintos países, el presente estudio es el primero realizado en población mexicana, utilizando el Cuestionario de Estrés Traumático Secundario (CETS) de Moreno et al. (2004c), que posteriormente fue validado en profesionales de emergencias en España (Morante, 2007). Estudios anteriores con el CEST (Meda, Moreno, Rodríguez, Arias & Palomera, 2011; Moreno et al., 2008) han mostrado su validez psicométrica y han servido para comprobar la relevancia de las variables de personalidad en el proceso. En el trabajo aquí presentado se muestran los parámetros generales del CEST en una población de profesionales de ayuda, la interrelación entre los componentes y las variables del proceso, y se avanza en el estudio diferencial de los perfiles profesionales y de género.

Como se ha observado en la tabla 2, los niveles generales en las subescalas que relacionan al ETS como un posible riesgo laboral fueron predominantemente medios y, en algún caso, bajos en la totalidad de la muestra, especialmente en las Consecuencias, lo que indica que como muestra profesional en su conjunto los niveles de riesgo no son altos. No obstante, sería importante analizar más detenidamente los niveles de riesgo altos y los factores que facilitan los mismos. Sin embargo, cabe llamar la atención sobre el hecho

de que la Sintomatología traumática es la variable del ETS con la media más alta, mientras que la variable *sacudida de creencias* presentó un valor intermedio, lo que indica que algunas veces los sujetos se habían cuestionado o revalorado sus creencias en relación a situaciones traumáticas que habían experimentado; finalmente, la variable fatiga por compasión con el valor más bajo, indicó que no percibieron que el tipo de trabajo les ocasionara fatiga emocional.

Es conveniente mencionar que en el análisis correlacional, se observan conjuntos de correlaciones positivas significativas en tres de las subescalas del CETS de forma que todas las variables propias de las subescalas de antecedentes, síndrome y consecuencias correlacionan dentro de cada subescala de forma positiva y significativa, lo que no ocurre con la subescala de variables de personalidad, lo que muestra la homogeneidad interna de estas tres subescalas y la función heterogénea de las variables de personalidad, que parecen mostrar tanto funciones de protección, como es el caso de comprensibilidad, como de riesgo, como es el caso de la empatía. La variable empatía muestra una correlación positiva significativa con la práctica totalidad de las variables de riesgo de ETS como son: la sobrecarga laboral, presión social, tarea traumática, fatiga emocional, sintomatología, sacudida de creencias, consecuencias sociales y consecuencias individuales-organizaciones. Estos resultados indican que los *niveles elevados de empatía* de los sujetos en esta muestra, se relacionaron con niveles mayores en todas las subescalas del modelo procesual, un dato coherente si se toma en cuenta que, si bien la *empatía* es una herramienta necesaria de los cuidadores para la mejor comprensión de sus clientes (Figley, 1999, LaRowe, 2007b), se le ha relacionado más con un mecanismo por el cual una persona puede desarrollar el ETS (Baird & Krecen, 2006; Figley, 2003, Morante, 2007; Moreno, Morett, Rodríguez & Morante, 2006; Perry, 2003).

En el caso de la subescala de *comprensibilidad*, que en el estudio de Morante (2007) fue la que reportó mayor peso en conjunto con la de reto, en este estudio correlacionó de manera negativa significativa con las todas las variables de antecedentes laborables, exceptuando satisfacción por ayudar, con todas las variables del ETS y con las consecuencias sociales, organizacionales e individuales o físicas. Lo que indica que a mayor nivel de comprensibilidad, los niveles de todas estas subescalas que pueden generar vulnerabilidad al ETS son menores, lo cual es consistente con lo reportado en la literatura (Antonovsky, 1996; Hesse, 2002; Morante, 2007; Moreno, et al., 2006; Stamm et al., 2002).

Al comparar las medias escalares por grupo laboral, el primer resultado relevante a observar es que no puede hablarse de perfiles diferenciales estrictamente, aunque existan variables con diferencias significativas. A un nivel de muestras profesionales interesa principalmente las diferencias en el proceso: antecedentes, síndrome y consecuencias, mientras que las variables de personalidad, moderadoras

del proceso, probablemente tienen una menor vinculación con el grupo profesional. Los resultados indican que los profesionales de emergencias médicas tuvieron mayores puntuaciones en la subescala de presión social, lo que es congruente con lo esperado, ya que los profesionales de emergencias tienen mayor nivel educativo y su labor consiste en la toma de decisiones constantes, mediar con las circunstancias y resolver favorablemente las situaciones de emergencias, como salvar una vida, mientras que los bomberos tuvieron mayor puntuación en la subescala de sobrecarga laboral y temporal, lo que indica que el nivel de alerta y de activación es imprevisible pero intenso y urgente cuando se activa. Algo semejante ocurre con las consecuencias, en las que la muestra de bomberos muestra niveles más altos de consecuencias sociales debido a que son imprevisibles, por lo que pueden alterar más su vida social. Estos resultados coinciden con los reportados por Moreno et al. (2008).

Por lo anterior, se puede reconocer que en estas profesiones con un fuerte contenido emocional, las esferas afectivas y del estado de ánimo del trabajo son objeto de preocupación cada vez mayor, a medida que el medio ambiente de trabajo se hace más complejo. La respuesta a situaciones crónicas de estrés puede llevar al desarrollo del estrés traumático secundario, síndrome que alcanza una alta extensión en las profesiones de emergencia (Morante, 2007). Además, la relación con los pacientes y sus familiares no siempre es fácil y las expectativas de los mismos en ocasiones son difícilmente alcanzables para el profesional. Las propias expectativas con las que los equipos de emergencia comienzan el desarrollo de la profesión resultan, con la práctica diaria, frustradas y todo ello en ocasiones en un entorno de presión asistencial, social y de sensación de desamparo por parte de la institución. Todo ello facilita la aparición del estrés traumático secundario que suele tener consecuencias que afectan, como se ha visto, a su salud física, mental y a su bienestar y calidad de vida en general.

Otras investigaciones (Figley, 1995; Figley, 2003; Moreno et al., 2004d; Moreno et al., 2008, Stamm, 1995), han mostrado que los servicios extra-hospitalarios (profesional de emergencias médicas, rescatistas, protección civil, bomberos), se ven sometidos a una especial tensión, ya que sus decisiones son de extrema importancia, se toman en un clima de precipitación y en ocasiones se apoyan en datos confusos e informaciones normalmente insuficientes, además de que de ellos dependen vidas humanas. Estas situaciones traumáticas pueden producir alteraciones en diferentes áreas de la vida de los trabajadores (Orengo, 2002). Un dato significativo a la situación de estrés a la que se encuentran sometidos, lo encontramos en que la media de permanencia de los profesionales de la emergencia en sus trabajos, según algunos estudios norteamericanos, ha sido de menos de cuatro años (Beaton & Murphy, 1995; Graham, 1981). Sin embargo, se ha demostrado que factores

relativamente estables de personalidad (por ejemplo, felicidad u optimismo) pueden actuar como moderadores del impacto de estos estresores vitales (Lyubomirsky, 2001).

Al comparar las puntuaciones de las medias escalares del CETTS por sexo, se observó que tampoco existe un contraste diferencial marcado entre ambos géneros, encontrando únicamente que las mujeres puntúan más alto en presión social y los hombres más en sentido del humor. Es probable que la mujer experimente mayor presión social en las situaciones urgentes de intervención características de ambas muestras. Igualmente hay que tener en cuenta que el sentido del humor planteado en el CETTS es más bien de humor negro, más habitual la conducta masculina.

Los datos encontrados muestran la naturaleza estresante de la propia actividad de actuación con víctimas y especialmente en situaciones de emergencias y crisis. Sin embargo, el proceso es más amplio e incluye variables organizacionales y contextuales, así como variables individuales, de vulnerabilidad y resiliencia, que ejercen una influencia indudable. En este sentido, diversos autores han señalado que no todas las personas se ven afectadas de igual forma por los estresores psicosociales, ni responden del mismo modo ante las situaciones de estrés, existiendo una gran variabilidad individual al respecto (Lazarus & Folkman, 1984; Kobasa, 1979). En cualquier caso, parece importante el estudio del ETS en las profesiones de ayuda tanto para asegurar la eficiencia de sus intervenciones como para asegurar la misma salud y bienestar laboral de estas profesiones.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV-TR*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Baird, K., & Krecen, A. C. (2006). Vicarious traumatization and secondary traumatic stress: A research synthesis. *Counselling Psychology Quarterly*, 19, 181-188.
- Bartlett, M.S. (1950). Test of significance in factor analysis. *British Journal of Psychology*, 3, 77-85.
- Beaton, R. D., & Murphy, S. A. (1995). Working with people in crisis: Research implications. En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, (pp. 51-81). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Bride, B. E. (2007). Prevalence of Secondary Traumatic Stress among Social Workers. *Social Work*, 52, 63-70.
- Dutton, M. A., & Rubenstein, F. L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications, En C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 82-100). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (1982). *Traumatization and comfort: Close relationships may be hazardous to your health. Keynote address for families and close relationships: Individuals in social interaction*. Conferencia impartida en Texas Tech University, Lubbock, marzo.
- Figley, C. R. (2003). *Compassion fatigue: An introduction*. Florida, E.U.A.: Green Cross Foundation. Recuperado de: <http://www.giftfromwithin.org/html/compassn.html>
- Figley, C.R. (1985). From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. En C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp. 398-415). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. En C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. (pp. 1-20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1999). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. En C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). New York: Brunner-Routledge.
- Follette V. M., Polusny, M. M., & Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and practice*, 25, 275-282.
- Graham, N. K. (1981). Done in, fed up, burned out: Too much attrition in EMS. *Journal of Emergency Medical Services*, 6, 24-29.
- International Society For Traumatic Stress Studies (2005). *Indirect traumatization in professionals working with trauma survivors*. Nueva York, E.U.A.: International Society for Traumatic Stress Studies. Recuperado de: http://www.istss.org/resources/indirect_trauma.cfm.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Joinson, C. (1992). Coping with Compassion Fatigue. *Nursing*, 22, 116-121.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kottler, J. (1992). *Compassionate therapy: Working with difficult clients*. San Francisco: Jossey-Bass.
- LaRowe, K. D. (2007). *The care giving personality*. Washington, E.U.A.: Compassion Fatigue.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer.
- Lyubomirsky, S. (2001). Why are some people happier than others? The role of cognitive and motivational processes in well-being. *American Psychologist*, 56, 239-249.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- Mearns, K., & Flin, R. (2010). Stress and psychological well-being in UK and Malaysian firefighters. *Cross Cultural Management: An International Journal*, 17, 50-61.
- Meda Lara, R. M., Moreno Jiménez, B., Rodríguez Muñoz, A., Arias Merino, E. D., & Palomera-Chávez, A. (2011). Validación mexicana de la escala de estrés traumático secundario. *Psicología y Salud*, 2, 5-15.
- Miller, K., Stiff, J., & Ellis, B. (1988). Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Communication Monographs*, 55, 336-341.
- Morante, M.E. (2007). *Estrés traumático secundario en los servicios de urgencia médica en la comunidad de Madrid*. Tesis de Doctorado, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., Morante, M.E., Rodríguez, R., & Losada, M. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia Psicológica*, 22, 69-76.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M.E., Garrosa, E., & Rodríguez, R. (2004). Fatiga por compasión o estrés traumático secundario. Nuevas formulaciones para un viejo problema. *Psicología Conductual*, 12, 215-231.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M.E., Rodríguez, A., & Garrosa, E. (2004d). Secondary traumatic stress as psychosocial emergent risk. *Psychology, & Health*, 19 (supplement), 118.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M.E., Rodríguez, & Rodríguez-Muñoz, A. (2008). Resistencia y vulnerabilidad ante el trauma: El efecto moderador de las variables de personalidad. *Psicothema*, 20, 124-130.

- Moreno-Jiménez, B., Morante, M.E., Rodríguez-Muñoz, A., & Garrosa, E. (2004, junio). *Secondary traumatic stress as psychosocial emergent risk*. Trabajo presentado en la 18th Annual Conference of the European Health Psychology Society, Helsinki, Finlandia.
- Moreno-Jiménez, B., Morett, N. I., Rodríguez, M. A., & Morante, M. E. (2006). La personalidad resistente como variable moduladora del síndrome de Burnout en una muestra de bomberos. *Psicothema*, 18, 413-418.
- Nunnally, J. C., & Berstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Nurit, N., Goldwag, R., Feigenberg, Z., Abadi, D., & Halpern, P. (2008). Stress, work overload, burnout and satisfaction among paramedics in Israel. *Preho*, 23, 237-246.
- Orengo, F. (2002). Sobre Psicotraumatología. *Psiquis*, 23, 30-40.
- Pearlman, L.A., & Saakvitne, K.W. (1995). Constructivist self development theory approach to treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder. En C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp.150-177). Nueva York: Brunner/Mazel.
- Perry, B. D. (2003). *The cost of caring*. Houston, E.U.A: The children trauma academy. Recuperado de: http://www.childtrauma.org/ctamaterials/SecTrma2_03_v2.pdf.
- Regan, J., Burley, H. L., Hamer G., & Wright, A. (April 2006). Secondary Traumatic Stress in Mental Health Professionals. *Tennessee Medicine*, 39-40. Recuperado de: <http://www.state.tn.us/mental/omd/STSInMHP.pdf>.
- Remer, R., & Elliott, J. (1988a). Characteristics of secondary victims of sexual assault. *International Journal of Family Psychiatry*, 9, 373-387.
- Schauben, L., & Frazier, P. (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 49- 64.
- Stamm, B. H. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Baltimore: The Sidran Press.
- Stamm, B. H. (1997). Work-related secondary traumatic stress. *PTSD Research Quarterly*, 8, 1-8.